

O PAPEL DA PSICOPEDAGOGIA NA INCLUSÃO E NA APRENDIZAGEM DA PESSOA AUTISTA

Franciele Stolf Bertoldi; Fabíola Stolf Brzozowski

DOI: 10.51207/2179-4057.20200028

RESUMO - Pessoa autista é aquela que reconhece o autismo como parte inerente de sua identidade individual, sendo geralmente diagnosticada com o Transtorno do Espectro Autista, uma deficiência que se refere a uma série de condições caracterizadas por algum grau de comprometimento no comportamento social. Existem várias linhas de tratamento, desde o uso de medicamentos até o trabalho de equipe multiprofissional. Neste último caso, o psicopedagogo pode integrar a equipe, ocupando o espaço de mediador entre a escola, o educando e a equipe terapêutica. Neste texto, defendemos a ideia de que a aprendizagem da pessoa autista necessita estar relacionada a áreas de interesse do indivíduo e que apresente quatro elementos: (1) adaptação de material; (2) atenção individualizada; (3) adaptação dos conteúdos dentro dos eixos de interesse do indivíduo; e (4) conhecer profundamente o estudante.

UNITERMOS: Transtorno do Espectro Autista. Aprendizagem. Inclusão Educacional. Medicalização.

INTRODUÇÃO

Pessoa autista é aquela que reconhece o autismo como parte inerente de sua identidade individual, sendo geralmente diagnosticada com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), uma deficiência que se refere a uma série de condições caracterizadas por algum grau de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem e por uma

gama estreita de interesses e atividades que são únicas para o indivíduo e realizadas de forma repetitiva¹. Caracteriza-se também por padrões de comportamento e de interesse restritos, repetitivos e estereotipados. Alguns indivíduos podem apresentar rigidez em sua rotina, tanto em atividades novas como naquelas diárias, tais como hábitos familiares e padrões de brincadeiras².

Franciele Stolf Bertoldi - Pedagoga, Mestre em Educação, Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), Curitiba, PR, Brasil.

Fabíola Stolf Brzozowski - Farmacêutica, Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondência

Fabíola Stolf Brzozowski

Universidade Federal de Santa Catarina Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº - Trindade - Florianópolis, SC, Brasil - CEP - 88040-900

E-mail: fabiola.stolf@gmail.com

Entendemos o autismo como uma condição neurológica, uma variação natural do que se costuma considerar “padrão”, não somente como um diagnóstico médico ou um transtorno cerebral. Por esse motivo, optamos pelo termo “pessoa autista” ou, simplesmente, autista, uma vez que assim ficou determinado pelo grupo identitário dos próprios autistas^{3,4}.

Em termos legais, no Brasil, indivíduos diagnosticados com autismo são considerados pessoas com deficiência, conforme a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012⁵. Deficiência, nesse caso, não se resume às questões intelectuais, mas também à comunicação, às questões motoras, dentre outras, dependendo de cada caso. Essa legislação é essencial, pois permite que autistas tenham acesso a certos serviços, tais como fila preferencial, previdência específica, mercado de trabalho, etc., que podem facilitar o cotidiano.

Apresentaremos a seguir as classificações médicas para o TEA, entendendo que elas são parte da identidade do autista, mas que o indivíduo diagnosticado não se resume ao seu diagnóstico. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) é a principal ferramenta epidemiológica do cotidiano médico. Sua principal função é monitorar a incidência e prevalência de doenças, através de uma padronização universal. O TEA está englobado no CID-10 dentro do código F84.0, que o define como:

Um transtorno invasivo do desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometimento que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de desenvolvimento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo⁶.

Além do CID-10, outro manual diagnóstico muito utilizado para a realização do diagnóstico é o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que está em sua 5ª edição. O DSM é considerado o principal manual para diagnóstico de transtornos mentais no mundo,

sendo publicado pela APA (*American Psychiatric Association*) desde 1952.

Da quarta para a quinta edição foram realizadas algumas alterações, inclusive para o TEA, ocorrendo a fusão de três categorias diagnósticas: transtorno autista, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento, pois se entendeu que esses sintomas representam um *continuum*, com prejuízos variando de leves a graves nas áreas de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos⁷.

Segundo o DSM-5,

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário⁷. (p. 53)

As características comportamentais do TEA aparecem na primeira infância, com falta de interesse em interações sociais logo no primeiro ano de vida, e tendem a persistir na adolescência e na idade adulta. Algumas crianças apresentam estagnação ou regressão no desenvolvimento, com deterioração nos comportamentos sociais ou linguagem⁶. Na maioria dos casos, as condições são aparentes durante os primeiros três anos de vida. Segundo Keinert & Antoniuk² (p. 17), “em geral, não há um período prévio de desenvolvimento inequivocamente normal, mas, se há, anormalidades se tornam aparentes antes da idade de 3 anos”.

Segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o TEA atinge cerca de uma em cada 160 crianças no Brasil⁸. Nos Estados Unidos (EUA), segundo pesquisas recentes¹, estima-se que 1 em cada 59 crianças estejam dentro do espectro. Wiśniowiecka-Kowalnik & Nowakowska⁹ consideram o TEA o transtorno mais prevalente dentre as doenças do neurodesenvolvimento, afetando entre 1% a 2% da população geral, aparecendo em maior proporção em pessoas do sexo masculino (4-5:1).

Até algum tempo atrás, o TEA era chamado de "síndrome do autismo infantil precoce", sendo descrito pela primeira vez pelo psiquiatra infantil Leo Kanner. Essa primeira descrição englobou 12 características da condição, das quais destacamos dez: mantém distância social; possui aparência normal, alerta e expressiva; apresenta coordenação motora aparentemente normal; evita contato visual, parecendo cega às pessoas; não inicia sons ou gestos; possui dificuldades na comunicação verbal; tem facilidade em lidar com objetos; seu desempenho cognitivo é normal ou superior; apresenta desejo obsessivo pela rotina¹⁰.

As causas do autismo descritas na literatura são diversas. Em 1943, Kanner atribuiu o autismo à "privação emocional", resultado da "refrigeração" dos pais¹⁰. Atualmente, estudos das áreas de neurologia e psiquiatria descrevem o TEA como um transtorno cerebral¹¹, cujas explicações são diversificadas, variando desde questões genéticas⁹ até fatores ambientais, tais como poluição, uso de agrotóxicos, vacinas, dentre outros¹².

Apesar de existirem critérios diagnósticos em manuais médicos e explicações biológicas para o TEA, não se trata de uma condição simples, uma vez que cada indivíduo é único. Sendo assim, as manifestações variam desde crianças que apresentam dificuldades expressivas em responder a estímulos, até pessoas com problemas no convívio social, mas muito talentosas em determinadas áreas.

Como consequência, a intervenção terapêutica em pessoas diagnosticadas requer uma intervenção multidisciplinar e individualizada. As bases dessas intervenções envolvem técnicas de mudança de comportamento, programas educacionais ou de trabalho e terapias de linguagem/comunicação¹³, dependendo das necessidades de cada indivíduo.

Além disso, embora a condição seja conhecida há algum tempo e apresente uma prevalência elevada, o processo de inserção de pessoas autistas nas escolas é extremamente complexo. As relações desses estudantes com a

aprendizagem, os preconceitos existentes sobre o tema, as relações entre os pares e entre os profissionais da escola criam barreiras gigantescas para a inclusão.

Neste contexto, nosso objetivo é refletir sobre a relação entre a escola e a criança autista, diagnosticada com TEA, bem como as formas pelas quais o psicopedagogo pode auxiliar em seu tratamento e inclusão. Considera-se certo que tanto o psicopedagogo escolar quanto o psicopedagogo clínico podem e devem contribuir igualmente para funções que serão propostas neste texto, pois entende-se que as suas formações abrangem o tema.

O PROCESSO DE APRENDIZAGEM NO AUTISMO

O processo de cognição, como um todo, está efetivamente ligado a relações de afetividade. Segundo Loos¹⁴, Piaget, em 1958, desenvolveu duas teses principais sobre o assunto: (1) o afeto como fonte energética, que influencia o funcionamento da inteligência, impulsionando os processos de pensamento; (2) afetividade como causa de acelerações ou retardos no desenvolvimento mental.

Ou seja, a aprendizagem do indivíduo seria determinada, em grande parte, pela afetividade. Ainda, segundo Loos¹⁴, para assegurar sua estabilidade, o sistema cognitivo é obrigado a filtrar e selecionar a informação que recebe. Dessa forma, ele vai reter aquilo que reforça a sua harmonia. Em outras palavras, a afetividade e as emoções definem o que se aprende, ou não, bem como a qualidade da aprendizagem.

Para pessoas dentro do espectro autista não seria diferente, as emoções têm um papel prioritário nas aprendizagens. E por apresentar dificuldades em criar vínculos, a aprendizagem significativa pode ocorrer de forma menor que o necessário ou não ocorrer. Essa afirmação pode ser confirmada a partir dos critérios diagnósticos expostos na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5)⁷.

Para o diagnóstico, o DSM-5 recomenda ainda a classificação por gravidade: níveis 3, 2 e 1. O nível 3 exige apoio muito substancial, apresentando déficits significativos na comunicação social verbal e não verbal, com prejuízos para o início das interações sociais e pouca abertura para a interação. Além disso, pode apresentar dificuldade e sofrimento para lidar com mudanças. O nível 2, segundo o DSM-5, exige apoio substancial, com déficits graves na comunicação social verbal e não verbal, apresentando dificuldades na interação social e inflexibilidade para mudanças, mas não de forma tão acentuada como o nível 3. Por fim, o nível 1 exige apoio, sendo que, em sua ausência, os déficits na comunicação social causam prejuízo. Parece apresentar interesse reduzido por interações sociais.

Ainda sobre os critérios diagnósticos e a aprendizagem, podemos citar uma das mais importantes dificuldades e limitações que o TEA traz para a aprendizagem escolar regular: os interesses fixos e altamente restritos¹⁵. Esses interesses fixos, juntamente com atrasos no desenvolvimento em relação às questões de motricidade, por exemplo, podem reduzir a aprendizagem significativa e o acompanhamento do conteúdo de uma turma de ensino regular. Então, para que a inclusão se realize é de extrema importância a adaptação do currículo e de material para os estudantes com TEA.

Segundo Aguiar¹⁶, a criança autista pode aprender através de uma rotina e de um conjunto de pistas. No entanto, a aprendizagem pode não ser significativa. Essa formatação pode fazer com que o "aprender" se torne mecânico e descontextualizado, fazendo com que o indivíduo não consiga estabelecer uma relação com os seus conhecimentos prévios.

Além disso, se cada indivíduo é único em suas características, então o processo de ensino-aprendizagem só irá ocorrer de forma real se o professor, ou quem ensina, conhecer de fato seu aprendiz. Nessa ótica, Orru¹⁷ (p. 151) afirma que

urge a necessidade de compreender que muitas das respostas sobre o processo de aprender só podem ser conhecidas se o professor se propuser a conhecer seu aprendiz, aquilo que ele está dizendo ou mesmo através de seu silêncio, que também tem um significado, mesmo que sejam de outras maneiras, inclusive de modos incomuns de se expressar.

Essa afirmação vale também para os indivíduos autistas que, de forma geral, apresentam comprometimentos na interação social e na linguagem, mas que possuem necessidades diversas, podendo variar desde a simples adaptação de avaliações até o auxílio integral de um professor exclusivo.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A ESCOLA

No Brasil, a matrícula e a permanência de qualquer pessoa na escola é um direito assegurado por lei. Por sua vez, é comum observar que a inserção de crianças com necessidades especiais se dá sem condições físicas ou de apoio favoráveis, sendo marcada por práticas segregacionistas e assistencialistas¹⁸.

Para embasar a ideia de incluir, o país adota algumas referências internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1959, a Declaração da Conferência Mundial de Educação para Todos (Conferência de Jomtien), de 1990, e a Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação, de 1994. Todos esses documentos proclamam os direitos do homem e, dentre eles, o acesso à escola regular como direito de indivíduos com necessidades especiais¹⁹.

Dentre os documentos nacionais, podemos destacar a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8069, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 9394, o Plano Nacional de Educação – Lei nº 10172, as Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica, o Programa de Educação Inclusiva: direito à

diversidade, o Programa de Implementação de Salas de Recurso, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial e o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite.

Esses documentos preconizam um sistema educacional inclusivo com equipamentos públicos acessíveis para indivíduos com deficiência. A inclusão de estudantes deficientes, que abranje indivíduos com TEA, prevê a escolarização de todos os alunos, adaptando ambiente e materiais para que eles possam acompanhar conteúdos, além de socializar com os pares.

A inclusão escolar é uma das políticas que tem promovido, nas últimas décadas, a escolarização de todos os alunos. Os documentos internacionais e a legislação brasileira têm contribuído para difundir o conceito e normatizar as práticas inclusivas, que envolvem, de um modo geral, o ensino regular, a Educação Especial e as instâncias públicas e privadas¹⁹. (p. 269)

Em relação ao autismo, a realidade escolar possui pelo menos três situações diferentes: (1) a criança segregada em instituições especializadas ou em classes especiais; (2) a criança que se encontra em casa, sem acesso à aprendizagem formal; e (3) o aluno matriculado em classes da rede regular de ensino¹⁷, indicando que nem toda pessoa autista acessa a escola regular. Mesmo quando consegue acessar a escola, existe ainda a segregação, que pode ocorrer a partir do momento em que se perde de vista a pessoa, o indivíduo com dificuldades, e surge o diagnóstico, como abordaremos com mais detalhes na seção “Processo de medicalização na escola”.

Orru¹⁷, sobre isso, analisa que

Nessas circunstâncias eu perco de vista a criança, a pessoa e passo a ver apenas o estereótipo, a coisa, o autismo e todos os problemas que ele traz para dentro da escola, da família, da sociedade. Esse movimento

reducionista do potencial do aluno com autismo é de tendência segregadora, faz parte das ações e características de uma escola excludente. (p. 153)

A inclusão escolar favorece a vida em sociedade, além de proporcionar um espaço para que crianças autistas possam se relacionar com outras. Por isso, incluir em escolas regulares crianças diagnosticadas com TEA poderá evitar os impactos nocivos do isolamento social, promovendo oportunidades de interação e redução de rejeições²⁰.

O olhar e o papel do professor para que a inclusão do estudante autista e sua aprendizagem ocorram de maneira significativa é primordial, pois é a partir de suas concepções e crenças que ele vai pensar, agir e sentir em relação àquele indivíduo. Em outras palavras, a forma pela qual o estudante é encarado pelo professor influencia nas atividades propostas.

Se concebermos, se cremos que nosso aprendiz com autismo é um sujeito que aprende, então vamos buscar meios de conhecê-lo melhor, vamos prestar mais atenção nos indícios que nos dá sobre seus interesses, para então com ele desenharmos seu percurso de aprendizagem¹⁷. (p. 155)

O professor precisa romper a prática de ensino mecanizada, apostilada, pensada no vestibular, para uma compreensão mais ampla, entendendo que o processo de ensino-aprendizagem do aprendiz autista deve contemplar as relações entre mediação pedagógica, cotidiano e formação de conceitos¹⁷.

Ainda, quando tratamos de autismo e aprendizagem, deve-se lembrar da importância de os conteúdos terem relação com os eixos de interesse do estudante. Neste trabalho, defende-se a ideia de que a inteligência está completamente ligada ao desejo e interesse, então quanto mais relacionar os conteúdos, as vivências e eixos de interesse, maior será a aprendizagem.

Processo de medicalização na escola

Um dos processos que pode, por um lado, auxiliar na inclusão, mas, por outro, pode

reduzir e simplificar problemas complexos é a medicalização. A medicalização é descrita quando processos que não faziam parte da esfera médica passaram a ser considerados como tal²¹. Um exemplo são os comportamentos que atrapalham a sala de aula na escola, tais como desatenção ou agitação. O indivíduo que apresenta essas condutas passa a não ser visto mais como responsável por seu comportamento, mas sim “doente”. Como consequência, a resposta social ao desvio de comportamento passa a ser mais terapêutica do que punitiva²¹, passando, inclusive, pelo uso de medicamentos, como ocorre nos casos de autismo.

Vale ressaltar que medicamentos são facilmente administrados, podem ser potentes em seus efeitos e, no geral, seu custo é menor quando comparamos com outros tipos de cuidado como, por exemplo, psicoterapia e atendimento individualizado na escola. Esse fato torna potencial o risco de substituição do cuidado individualizado pelo medicamento.

A escola determina metas de aprendizagem para cada faixa etária, influenciando as decisões sobre o que é considerado “normal” ou “anormal”. Collares & Moysés²² afirmam que a escola é um local que abriga preconceitos sobre os alunos e suas famílias, recaindo sobre eles as responsabilidades pelo fracasso escolar.

Com a medicalização, a responsabilidade recai sobre o transtorno que o indivíduo possui, por meio de diagnósticos que podem levar a explicações reducionistas para problemas de aprendizagem. Segundo Lewontin et al.²³, as explicações reducionistas são aquelas que focalizam apenas poucos aspectos para entender propriedades de sistemas complexos (como aprendizagem ou comportamento, por exemplo). Assim, pela perspectiva reducionista, a não aprendizagem foca-se em fatos isolados como cor da pele, nível socioeconômico e existência de doenças.

Focando em doenças (ou transtornos), e como é o caso do TEA, pode ocorrer uma hipervalorização dos componentes biológicos, sendo que os comportamentos “anormais” passam

a ganhar uma explicação cerebral. Biologizar questões sociais isenta o sistema social. Na escola, por exemplo, o risco disso é que a discussão se desloque de questões político-pedagógicas para questões médicas e inacessíveis à educação²³, reduzindo o papel da escola para a observação dos efeitos dos medicamentos utilizados no tratamento. Por outro lado, o diagnóstico médico retira dos pais a culpa pelos comportamentos “indesejáveis” das crianças²⁴ e facilita o cotidiano escolar, reduzindo a agitação e a concentração, facilitando a aprendizagem.

As primeiras descrições médicas de comportamentos infantis “anormais” remontam a segunda metade do século XIX. Nessa época, os desvios de comportamento eram descritos e diagnosticados de acordo com as classificações utilizadas para os indivíduos adultos. No início do século XX, depois que a frequência escolar se tornou obrigatória em vários países, os educadores se tornaram mais preocupados com problemas de aprendizagem e de conduta entre os seus alunos²⁵, problemas que foram se tornando objetos da área da psiquiatria.

Ao mesmo tempo, a infância passou a ser vista como um período importante do desenvolvimento humano, necessitando de preparo e prevenção para a produção de indivíduos capazes de trabalhar e saudáveis. E as famílias e a escola passaram a ser alvos de intervenções com esses objetivos, principalmente a partir das teorias higienistas, das teorias médicas sobre degeneração, das concepções da puericultura e da psicologia do desenvolvimento²⁶.

Paralelamente ao surgimento do sentimento de infância, a instituição escolar também passou por mudanças. Enquanto no século XIII os colégios eram asilos para estudantes pobres, não relacionados com aprendizagem, após o século XV passaram a ser locais de ensino. O estabelecimento de regras rígidas de disciplina marcou a transição da escola medieval para o colégio moderno²⁷.

A partir da difusão da educação escolar, na segunda metade do século XIX, temas de saúde e higiene se tornaram incumbências das escolas

como, por exemplo, a participação da instituição escolar em campanhas de combate a doenças e de vacinação²⁸. E essa relação próxima permitiu que a área da saúde permanecesse no ambiente escolar, tornando possível, em última instância, a identificação e encaminhamento de crianças com problemas de comportamento para profissionais da saúde.

Não se trata aqui de negar que crianças possuem problemas que necessitam de atenção médica e que podem se beneficiar de tratamentos advindos de diagnósticos de transtornos mentais. Mas vale chamar a atenção para os possíveis excessos de diagnósticos e de uso de medicamentos, que podem "desindividualizar" as pessoas com TEA e considerar que, para todas elas, deve-se ter o mesmo tipo de terapêutica e de acompanhamento.

PSICOPEDAGOGIA E INCLUSÃO ESCOLAR

Como já analisado na seção "Transtorno do espectro autista e a escola", o processo de inclusão é de extrema importância para a pessoa com deficiência e precisa ser realizado levando em conta as particularidades de cada caso. Segundo Menezes et al.²⁰, embora a inclusão escolar seja um desafio, o engajamento e a capacitação de profissionais da educação, com destaque para o psicopedagogo, podem contribuir para viabilizar o processo na prática. A Psicopedagogia apresenta

[...] um caráter interdisciplinar, pois busca na psicologia, psicanálise, linguística, pedagogia, neurologia e outras áreas afins os conhecimentos necessários à compreensão dos processos de aprendizagem²⁰. (p. 4)

O papel do psicopedagogo é de auxiliar o professor a conhecer e identificar as facilidades e dificuldades do estudante autista, para que possam conjuntamente planejar conteúdos, materiais adaptados e sua aplicação. Nesse processo, algumas vezes o diagnóstico vindo dos especialistas em saúde pode prejudicar o trabalho, pois afasta o professor, que pode até se sentir intimidado. Então, é importante salientar que o papel do professor é mediar as relações de

aprendizagem do aluno e não ser especialista em diagnóstico de autismo ou qualquer outra condição.

É necessário dar autoridade ao professor, pois é a partir da sua avaliação pedagógica, com auxílio do psicopedagogo, que deve partir o planejamento e a criação de estratégias de aprendizagem para o estudante autista. O que deve permear todo o processo de aprendizagem do aluno autista, é que ele é um estudante como qualquer outro. Orru¹⁷ afirma que:

[...] hoje vivenciamos uma imagem exagerada sobre o que é uma criança autista, ou seja, saltando sobre o contexto singular de que ela pode ser uma criança com autismo, ou seja, antes de mais nada ela é uma criança, um ser humano, um sujeito com possibilidades de aprender, o que é próprio da espécie humana. (p. 50)

É importante que o psicopedagogo que trabalhe com pessoas autistas tenha o conhecimento que o apego da escola ou do professor ao laudo clínico precisa ser superado. Outro aspecto do trabalho do psicopedagogo é conhecer e saber utilizar métodos e técnicas variadas que auxiliam o autista a desenvolver habilidades e agregar conhecimentos, de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

A Análise do Comportamento Aplicada ou ABA (no inglês, *Applied Behavior Analysis*) está em constante transformação e seus princípios servem para fundamentar intervenções em formatos variados²⁹. Trata-se de uma abordagem que consiste em avaliar os comportamentos do indivíduo e utiliza de técnicas próprias para modificá-los a ponto de ficarem em um formato mais socialmente adequado.

A Análise do Comportamento é uma ciência que se interessa pelo estudo das variáveis que afetam os comportamentos. A aplicação dos princípios dessa ciência para a resolução de problemas socialmente relevantes é chamada de Análise do Comportamento Aplicada ou simplesmente ABA, sigla derivada do termo original em Inglês "Applied Behavior Analysis". A aplicação dos princípios de

análise do Comportamento não ocorre exclusivamente na área do autismo; ao contrário, há aplicação em campos muito variados, como na clínica psicológica, na educação, na economia, no desempenho esportivo, entre outros. De maneira geral, em qualquer demanda socialmente relevante que envolva “comportamentos” pode-se utilizar o ABA²⁹. (p. 15)

Makrygianni et al.³⁰ desenvolveram um estudo de metanálise que considera a efetividade da aplicação dessa ciência no autismo e comprovaram que sua eficácia gira entre níveis de moderado a excelente, dependendo da área avaliada. Apresentou-se muito eficaz na melhoria da comunicação, na melhoria de habilidades de linguagem expressiva e habilidades de linguagem receptiva; e moderadamente eficaz na melhora do Quociente de Inteligência (QI) proporcionada por testes não verbais, comportamento adaptativo e socialização.

A pessoa dentro do espectro pode apresentar grandes dificuldades na comunicação expressiva e receptiva e algo que pode auxiliar nesse aspecto é o uso de métodos de Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA). Esta é uma área da prática clínica e educacional que objetiva compensar, temporária ou permanentemente, os prejuízos na comunicação expressiva e receptiva³¹. Para isso, podem ser utilizadas expressões faciais e corporais, gestos manuais, símbolos gráficos (fotografias ou gravuras), voz digitalizada e outros meios de efetuar a comunicação.

A ideia é que esses recursos possam substituir ou suplementar as funções da fala. Sobre isso, Nunes & Santos³¹ explicam que “a denominada ‘Comunicação Alternativa’ se dá quando os recursos substituem a fala, e a Comunicação Ampliada, quando a suplementam” (p. 61). Isso porque há prejuízos na comunicação verbal e não verbal, sendo que entre 20% a 30% dos indivíduos com autismo não falam³².

O método PECS (*Picture Exchange Communication System*, ou Sistema de Comunicação por Troca de Figura), é o método de comunicação alternativa mais difundido e utilizado no

tratamento de pessoas autistas. Em um primeiro momento ele consiste em fazer o indivíduo entregar cartões que contenham representações gráficas de algo que almeja. Depois disso, ainda possui cinco etapas, que levarão a pessoa a iniciar conversas complexas, responder perguntas e comentar sobre qualquer assunto.

Ainda podemos citar aqui o programa TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), que possui uma forma de intervenção específica caracterizada por adequar o ambiente à criança com o propósito de reduzir a ansiedade, possibilitando-lhe melhor aprendizagem. Esta metodologia fundamenta sua dinâmica funcional através do fornecimento de padrões de referência, especialmente visuais. O modelo TEACCH proporciona, através de um ambiente bem estruturado e organizado, a garantia de padrões de referência²⁰.

Menezes et al.²⁰ (p. 7) definem que

Os objetivos principais do TEACCH são aumentar a independência do indivíduo e desenvolver a comunicação. No método também há quatro componentes principais: estrutura física (organização da sala de aula); painéis de informação visual informando onde, quando e quais atividades devem ser realizadas; sistemas de trabalho, que informam o que deve ser feito na atividade ou na área de lazer e, por fim, a organização das tarefas.

O psicopedagogo, utilizando essas e outras técnicas, medeia as relações entre a criança e a escola. Uma das possibilidades de trabalho relaciona-se à identificação da capacidade cognitiva de aprendizado, tornando o currículo funcional para cada estudante autista, além do desenvolvimento de estratégias e metodologias diferenciadas. Para isso, o psicopedagogo precisa aprender a observar, o que permite conhecer gostos e preferências individuais e adaptar os currículos e atividades de acordo com essas preferências, tornando a aprendizagem mais significativa³³.

É possível perceber, dessa forma, que a educação inclusiva não deve considerar uma única forma de aprender, com práticas homogêneas³³. Sugerimos, assim, quatro características importantes, no processo de trabalho do psicopedagogo na inclusão de crianças autistas, para que a aprendizagem ocorra de forma significativa: (1) adaptação de material; (2) atenção individualizada; (3) adaptação dos conteúdos dentro dos eixos de interesse do indivíduo; e (4) conhecer profundamente o estudante.

Em relação à adaptação do material, Giaconi & Rodrigues³⁴ sugerem a necessidade de "adaptar antes de incluir". O material deve "falar por si mesmo", assim como as atividades propostas e a própria escola, para que os elementos do ambiente e das atividades sejam facilmente (e visualmente) compreensíveis. Isso inclui, além do material e das atividades, os ambientes externo e interno, os percursos, as instruções, os símbolos e códigos, etc. Essas mudanças permitem maior independência dos estudantes no ambiente escolar.

Quando se fala em autismo é comum homogeneizar os comportamentos e pensar que todas as pessoas que possuem o diagnóstico são iguais. Entretanto, isso não é verdadeiro e, para que a aprendizagem seja significativa, deve-se individualizar a atenção e adaptar os conteúdos dentro dos eixos de interesse de cada um, ouvindo o que eles têm a dizer.

Giaconi & Rodrigues³⁴ descrevem alguns "traços de pensamento" que diferenciam o agir autista, baseados em Crispiani³⁵: pensamento realístico (atitudes de associações concretas); pensamento em detalhes (tendência a concentrar a atenção em detalhes); pensamento caótico (compreensão descoordenada e confusa dos contextos, das mensagens verbais, dos rostos e das suas expressões, das dinâmicas relacionais, das regras e das mudanças imprevisíveis); pensamento visual (preferência por uma modalidade de trabalho mental "visual"); ecolalia (repetição literal de palavras e frases); comportamento eco (condutas repetitivas, rituais); pensamento agressivo (tendência a recorrer a crises

agressivas para demonstrar contrariedade com o contexto, expectativas não correspondidas, etc.); pensamento bizarro (tendência a recorrer a comportamento bizarros para demonstrar contrariedade com o contexto, expectativas não correspondidas, etc.); e cegueira mental/social (escassa compreensão do mundo, subjetivo e objetivo). Destacamos que esses comportamentos são gerais e não classificatórios, podendo ajudar a entender uma personalidade, mas não podem ser suficientes para defini-la.

De qualquer forma, fica claro que a criança autista não será beneficiada se for simplesmente inserida em sala de aula tradicional e esperar que seu desenvolvimento ocorra. Segundo Sousa et al.³³, é importante que as práticas pedagógicas se voltem para atividades do interesse do autista, que permitam manusear objetos e conhecerem para que servem. Para isso, deve-se conhecer cada criança, reconhecendo-as como indivíduos diferenciados, com características de comportamento e personalidade diferentes e que, em consequência, necessitam de tratamentos e cuidados diferentes.

Alguns aspectos a serem considerados pelo psicopedagogo, ao atender uma criança autista são: promover o bem-estar, reduzindo o medo, a ansiedade e a frustração; promover a autonomia; contribuir para o desenvolvimento das habilidades de comunicação e autoconsciência; desenvolver habilidades cognitivas e de atenção; contribuir para aumentar sua liberdade e flexibilidade; contribuir para assimilação, compreensão e interpretação das interações e interpretações de outras pessoas; desenvolver técnicas de aprendizagem que façam sentido para a criança; contribuir para diminuir os comportamentos que trazem sofrimento para a criança e quem a rodeia³³.

Apesar do papel fundamental do psicopedagogo, o acompanhamento de pessoas autistas necessita de uma equipe multiprofissional que envolva neuropediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, entre outros. Uma das funções dessa equipe é apoiar o processo de inclusão e permanência do estudante autista na escola.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o autismo se caracteriza por formação atípica do cérebro, que pode ou não ser acompanhada de outras condições associadas e que apresenta quadros variados, de muito complexos até mais simples. Os indivíduos dentro do espectro autista apresentam características únicas e necessitam, impreterivelmente, de tratamento e atenção individualizada.

Entende-se que as emoções têm um papel fundamental para a aprendizagem, principalmente para os estudantes autistas. Como possuem muita dificuldade de estabelecer vínculos, demonstrar emoções e na socialização, as aprendizagens desses indivíduos podem ser muito asfixiadas, ao ponto de só ocorrerem dentro de temas extremamente específicos e de forma autodidata.

O papel do psicopedagogo, tanto clínico quanto escolar, é de mediar a relação do estudante autista com a escola e o professor. Para isso, é muito importante conhecer e estudar técnicas e métodos utilizados em tratamentos de pessoas autistas, como o ABA, o método TEACCH, as PECS, entre outros, pois esse é o profissional que deverá tomar frente na inclusão escolar e também que deverá mediar as relações de aprendizagem da criança autista. Como já foi visto, tudo isso é uma questão de adaptação que pode vir a ser extremamente complexa e que provavelmente necessita tanto de mais individualização quanto de mais atenção. A mistura da formação de pedagogia e psicologia fará a diferença para que a qualidade do processo ensino-aprendizagem ocorra nesses casos.

A partir de nossa pesquisa, sugerimos que os psicopedagogos utilizem esses quatro passos em suas práticas com os estudantes autistas: (1) adaptação de material; (2) atenção individualizada; (3) adaptação dos conteúdos dentro dos eixos de interesse do indivíduo; e (4) conhecer profundamente o estudante. Dessa forma, refletir sobre a aprendizagem do autista gira em torno de compreender o papel social que a escola e a inclusão desempenham. Inclusão essa que, apesar de ser lei, ainda é um tabu grande entre os profissionais da área.

Cabe aqui destacar que a segregação escolar pode contribuir de forma muito negativa para a socialização da criança com autismo. E a socialização é um dos alicerces do tratamento e o olhar social que essa tendência nos traz é de perder a visão da pessoa, do indivíduo deficiente e trazer à tona somente o diagnóstico.

E é aqui que a medicalização entra, colocando a responsabilidade sobre o transtorno que o indivíduo possui. De uma forma ou de outra, é um repertório de explicações reducionistas para problemas de aprendizagem. A comunidade escolar precisa desconstruir seus preconceitos, suas ideias sem fundamento, apenas apoiadas nos dizeres do diagnóstico universalista do TEA¹³. Esse trabalho faz parte dos aspectos a serem trabalhados pelo psicopedagogo.

É apetecível que a comunidade escolar abra sua mente para conhecer seu aprendiz, a criança, adolescente, jovem que é acompanhada pelo autismo e suas particularidades, e que dia a dia a conheça melhor para compreendê-la como um sujeito que aprende, um sujeito constituído pela presença dos fatores biológico, cultural, histórico, social, além das singularidades trazidas pelo autismo¹⁷. (p. 53)

SUMMARY

The role of Psychopedagogy in the inclusion and learning of the autistic person

Autistic is a person who recognize autism as an inherent part of an individual's identity, generally diagnosed with autistic Spectrum Disorder, a disability that refers to a series of conditions characterized by some degree of impairment in social behavior. There are different kinds of treatment, ranging from the medicine use to multiprofessional team care. In this last case, the psychopedagogue should be part of this team, mediating the relationships between school, students and therapeutic team. In this paper we argue that the learning of the autistic person is related to areas of interest of the individual and need to follow four points: (1) material adaptation; (2) individualized attention; (3) adaptation of the contents within the individual's axes of interest; and (4) know the student deeply.

KEYWORDS: Autism Spectrum Disorder. Learning. Mainstreaming (Education). Medicalization.

REFERÊNCIAS

1. Christensen DL, Braun KVN, Baio J, Bilder D, Charles J, Constantino JN, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ.* 2018;65(1):1-23.
2. Keinert MHJM, Antoniuk SA. *Espectro Autista: O que é? O que fazer?* Curitiba: Íthala; 2012.
3. ASAN – Autistic Self Advocacy Network. *Identity-First Language.* 2020 [acesso 2020 Set 4]. Disponível em: <https://autisticadvocacy.org/about-asan/identity-first-language/>
4. Souza B. *Autistas e a vida em comunidade.* Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas (Abraça) 2018 [acesso 2020 Set 4]. Disponível em: <https://abraça.net.br/autistas-e-a-vida-em-comunidade-opiniaobeatriz-souza/>
5. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União; 2012 [acesso 2020 Set 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.* Transtornos do desenvolvimento psicológico. 2008 [acesso 2019 Abr 11]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f80_f89.htm
7. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5.* Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Folha informativa: Transtorno do espectro autista.* 2017 [acesso 2019 Abr 11]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5651:folha-informativa-transtornos-do-espectro-autista&Itemid=1098
9. Wiśniowiecka-Kowalnik B, Nowakowska BA. Genetics and epigenetics of autism spectrum disorder: current evidence in the field. *J Appl Genet.* 2019;60(1):37-47.
10. Ward AJ. Early infantile autism: diagnosis, etiology, and treatment. *Psychol Bull.* 1970; 73(5):350-62.
11. Steinman G, Mankuta D. Molecular biology of autism's etiology - An alternative mechanism. *Med Hypotheses.* 2019;130: 109272.
12. Posar A, Visconti P. Autism in 2016: the need for answers. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93(2):111-9.

13. Gadia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *J Pediatr* (Rio J). 2004;80(2 Suppl):S83-94.
14. Loos HA. Interdependência mútua da cognição e do afeto: atribuindo sentido à aprendizagem. In: Dinis NF, Bertucci LM, orgs. *Múltiplas Faces do Educar: processos de aprendizagem, educação e saúde, formação docente*. Curitiba: UFPR; 2007. p. 13-36.
15. *Pebmed*. Autismo: veja os critérios diagnósticos do DSM-V; 2018 [acesso 2019 Jul 10]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/autismo-veja-os-criterios-diagnosticos-dsm-v/>
16. Aguiar A. Crianças com alterações do espectro do autismo: subsídios para o estudo da avaliação e intervenção psicoeducacional em casos de autismo [Dissertação]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; 1997.
17. Orru SE. *Aprendizes com Autismo: aprendizagens por eixos de interesses em espaços não excludentes*. Petrópolis: Vozes; 2016.
18. Braz-Aquino FS, Ferreira IRL, Cavalcante LA. *Concepções e Práticas de Psicólogos Escolares e Docentes acerca da Inclusão Escolar*. *Psicol Cienc Prof*. 2016;36(2):255-66.
19. Lima SM, Laplane ALF. *Escolarização de Alunos com Autismo*. *Rev Bras Educ Espec*. 2016;22(2):269-84.
20. Menezes GB, Machado LSP, Smeha LN. *A atuação psicopedagógica diante do processo de aprendizagem de crianças com autismo*. *Discip Sci Cienc*. 2015;16(1):1-11.
21. Conrad P, Schneider JW. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
22. Collares CAL, Moysés MAA. *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez; 1996.
23. Lewontin RC, Rose S, Kamin LJ. *No está en los genes: racismo, genética e ideología*. Barcelona: Romanyà/Valls; 2003.
24. Brzowski FS, Caponi S. *Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados*. *Physis*. 2009; 19(4):1165-87.
25. Kanner L. The thirty-third Maudsley Lecture: trends in child psychiatry. *J Ment Sci*. 1959;105:581-93.
26. Guarido R. *A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação*. In: CRP-SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, ed. *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
27. Aries P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC Editora; 1981.
28. Rocha HHP. *Educação escolar e higienização da infância*. *Cad CEDES*. 2003;23(59):39-56.
29. Gomes CGS, Silveira AD. *Ensino de Habilidades Básicas para pessoas com Autismo: manual para intervenção comportamental intensiva*. Curitiba: Appris; 2016.
30. Makrygianni MK, Gena A, Katoudi S, Galanis P. *The effectiveness of applied behavior analytic interventions for children with Autism Spectrum Disorder: A meta-analytic study*. *Res Autism Spectr Disord*. 2018;51:18-31.
31. Nunes DRP, Santos LB. *Mesclando práticas em Comunicação Alternativa: Caso de uma criança com autismo*. *Psicol Esc Educ*. 2015; 19(1):59-69.
32. Klin A. *Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral*. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(Suppl 1):3-11.
33. Sousa DS, Alvim AS, Borges KR, Cancela LB, Vieira VA. *A intervenção psicopedagógica no processo ensino aprendizagem do autista*. *Rev Transf*. 2018;12(1):244-59.
34. Giaconi C, Rodrigues MB. *Organização do espaço e do tempo na inclusão de sujeitos com autismo*. *Educ Real*. 2014;39(3):687-705.
35. Crispiani P. *Lavorare con l'Autismo*. Bergamo: Junior; 2002.

Trabalho realizado na Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), Curitiba, PR, Brasil.

Conflito de interesses: As autoras declaram não haver.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Artigo recebido: 11/10/2019

Aprovado: 5/11/2020 ■