

Práticas multidisciplinares de atenção à pessoa com transtorno do espectro autista (TEA)

Multidisciplinary practices of attention to persons with autistic spectrum disorder (ASD)

Prácticas multidisciplinares de atención a personas con trastorno del espectro autista (TEA)

Mylene Cristina Santiago*

Karla Aparecida Gabriel**

Resumo

Neste estudo teórico, busca-se historicizar as práticas multidisciplinares voltadas para a saúde e a inclusão em educação da pessoa com transtorno do espectro autista (TEA). O modelo médico e o modelo social de deficiência trazem significativas repercussões ao direcionamento de intervenções às pessoas com TEA. Focando no modelo social, busca-se apresentar, discutir e analisar os avanços teóricos e as estratégias de intervenção voltadas para as áreas de educação e saúde, que ampliam as possibilidades de inclusão da pessoa com TEA nos espaços educacionais e sociais. Iniciativas pautadas no modelo social de deficiência têm favorecido novas práticas de articulação entre saúde e educação. Tais práticas ampliam as oportunidades de participação e aprendizagem da pessoa com autismo e seus familiares, propondo novos olhares e perspectivas, que se desdobram em possibilidades de intervenção precoce, propostas de acessibilidade curricular, Atendimento Educacional Especializado e mediação no processo de aprendizagem.

Palavras-chave: transtorno do espectro autista; inclusão; educação; saúde.

Abstract

This theoretical study seeks to historicize multidisciplinary practices focused on health and inclusion in education of people with autism spectrum disorder (ASD). The medical model and the social model of disability have significant repercussions for targeting interventions to people with ASD. Focusing on the social model, we seek to present, discuss and analyze the theoretical advances and intervention strategies focused on the areas of education and health, which expand the possibilities of inclusion of people with ASD in educational and social spaces. Initiatives based on the social model of disability have favored new practices and coordination between health and education. Such practices expand the opportunities for participation and learning of the person with autism and their families, proposing new perspectives and perspectives, which unfold in possibilities of early intervention, proposals for curricular accessibility, Specialized Educational Assistance and mediation in the learning process.

Keywords: autism spectrum disorder; inclusion; education; health.

Recebido em: 13/10/2020 – Aprovado em: 29/06/2021

<http://dx.doi.org/10.5335/rep.v28i2.11736>

* Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2769-8421>. E-mail: mylenesantiago87@gmail.com

** Mestre em Educação. Professora da Faculdade do Sudeste Mineiro e professora do Colégio Tiradentes da Polícia Militar de Juiz de Fora. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8568-8470>. E-mail: karlagabriel67@gmail.com

Resumen

Este estudio teórico busca historizar prácticas multidisciplinares enfocadas en la salud y la inclusión en la educación de personas con trastorno del espectro autista (TEA). El modelo médico y el modelo social de la discapacidad tienen repercusiones significativas para focalizar las intervenciones en personas con TEA. Centrándonos en el modelo social, buscamos presentar, discutir y analizar los avances teóricos y estrategias de intervención enfocadas en las áreas de educación y salud, que amplían las posibilidades de inclusión de las personas con TEA en los espacios educativos y sociales. Las iniciativas basadas en el modelo social de la discapacidad han favorecido nuevas prácticas y la coordinación entre salud y educación. Tales prácticas amplían las oportunidades de participación y aprendizaje de la persona con autismo y sus familias, proponiendo nuevas perspectivas y perspectivas, que se despliegan en posibilidades de intervención temprana, propuestas de accesibilidad curricular, Asistencia Educativa Especializada y mediación en el proceso de aprendizaje.

Palabras clave: trastorno del espectro autista; inclusión; educación; salud.

Introdução

A história das pessoas com deficiência é marcada por concepções e práticas que repercutiram em processos de exclusão, segregação, integração e, nos dias atuais, inclusão. Cada paradigma está relacionado com as condições sociais, culturais e econômicas de cada época. A exclusão consistiu na eliminação de crianças com deficiência na antiga Grécia e Roma. Na Idade Média, a deficiência foi concebida como intervenção de forças demoníacas, resultando em perseguições, julgamentos e execuções. A influência da religião foi responsável pelas primeiras atitudes de caridade para com as pessoas com deficiência, resultando na fundação de hospícios e albergues que acolhiam pessoas com deficiências e marginalizadas em condições de profunda degradação e abandono.

O processo de institucionalização marcadamente assistencialista das pessoas com deficiência perdurou ao longo do século XIX e da primeira metade do século XX. A preocupação com a educação surge mais tarde, com a educação especial de caráter médico-terapêutico e a construção de centros para pessoas com deficiências. Apesar da crescente preocupação com a educação das crianças com deficiência, cuja intervenção, majoritariamente, decorria de um diagnóstico médico-psicopedagógico, o processo de colocá-los numa escola de ensino especial ou numa classe especial não deixava de ser um processo segregativo (SILVA, 2009).

A integração escolar decorreu da aplicação do princípio de “normalização” e, nesse sentido, a educação das crianças e dos alunos com deficiência deveria ser feita em instituições de educação e de ensino regular. Nas palavras de Mantoan (2015, p. 19):

O processo de integração ocorre dentro de uma estrutura educacional que oferece ao aluno a oportunidade de transitar no sistema escolar — da classe regular ao ensino especial — em todos os seus tipos de atendimento: escolas especiais, classes especiais em escolas comuns, ensino itinerante, salas de recursos, classes hospitalares, ensino domiciliar e outros. Trata-se de uma concepção de inserção parcial, porque o sistema prevê serviços educacionais segregados.

A inclusão é entendida como o processo pelo qual a sociedade se adapta de forma a poder incluir, em todos os seus sistemas, pessoas com deficiência e pessoas em geral que sofrem barreiras e risco de exclusão, de forma simultânea, estas se preparam para assumir o seu papel na sociedade. Segundo Silva (2009, p. 148):

A educação inclusiva parte do pressuposto de que todos os alunos estão na escola para aprender e, por isso, participam e interagem uns com os outros, independentemente das dificuldades mais ou menos complexas que alguns possam evidenciar e às quais cabe à escola adaptar-se, nomeadamente porque esta atitude constitui um desafio que cria novas situações de aprendizagem.

De acordo com os dados extraídos do Censo Escolar, divulgado anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), o número de alunos com transtorno do espectro autista (TEA) que estão matriculados em classes comuns no Brasil aumentou 37,27% em um ano. Em 2017, 77.102 crianças e adolescentes com autismo estudavam em escolas regulares (públicas e privadas). Esse índice subiu para 105.842 alunos em 2018 (TENENTE, 2019).

As escolas brasileiras possuem problemas estruturais referentes à garantia de permanência e qualidade de aprendizagem aos alunos, quando se tratam de alunos com deficiência, particularmente alunos com TEA, o desafio parece maior. Para fins de contextualizar nossa discussão, faremos uma breve digressão à primeira metade do século XX.

Leo Kanner, médico de uma universidade situada em Baltimore (EUA), em 1943, descreveu, no artigo intitulado *Distúrbios autísticos do contato afetivo*, um quadro clínico pouco conhecido em crianças, cuja principal característica era a incapacidade de se relacionarem naturalmente com as pessoas. As crianças relatadas em seu estudo apresentavam atraso de fala e uma linguagem peculiar, alterações no desenvolvimento cognitivo, comportamentos repetitivos e outras dificuldades sensoriais. A partir dessa constatação, podemos inferir que, antes da publicação do estudo de Kanner, com descrição do quadro clínico, já havia crianças com autismo, que provavelmente era confundido com outras patologias ou deficiências, principalmente a deficiência intelectual (BORGES; WERNER, 2018).

Do pioneirismo de Kanner até os dias atuais, ainda existe uma grande lacuna em termos de conhecimento e capacitação profissional em relação às práticas diag-

nósticas e à implementação de programas de intervenção. Silva e Mulick (2009, p. 118) indicam que:

A incidência de casos de autismo tem crescido de forma significativa em todo o mundo, especialmente durante as últimas décadas [...]. Desse modo, profissionais da saúde, educação e áreas afins, que tenham a infância como especialidade, devem estar cada vez mais preparados para se deparar com casos de autismo nas suas práticas. [...]. Apesar de ter havido enormes avanços nessas últimas décadas em relação à identificação precoce e ao diagnóstico de autismo, muitas crianças, especialmente no Brasil, ainda continuam por muitos anos sem um diagnóstico ou com diagnósticos inadequados.

Para além das barreiras de um diagnóstico adequado e das consequentes intervenções apropriadas, atualmente, não existem dados oficiais sobre as pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) no Brasil. A Lei n. 13.861, de 18 de julho de 2019, altera a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao TEA nos censos demográficos (BRASIL, 2019). Essa proposta divide opiniões, se, por um lado, é considerada como um avanço na pauta da inclusão por grupos do movimento autista; por outro, a decisão também levanta algumas ressalvas importantes no que tange à formulação das perguntas; se essa abordagem poderia ou não causar constrangimento ou contribuir para estigmatizar ainda mais o TEA; se os dados obtidos serão compatíveis com a realidade do país; e, por fim, se esse diagnóstico daria conta da complexidade de mapear quem são os brasileiros com TEA.

O breve histórico apresentado nos dá a dimensão da influência do modelo médico que, historicamente, considerou a deficiência como desvio do estado normal da natureza humana; nesse contexto, é empreendido esforço para reparar os impedimentos corporais e as desvantagens naturais, visando que as pessoas possam se adequar a um padrão de funcionamento típico da espécie (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Na seção a seguir, apresentamos as práticas multidisciplinares no processo de diagnóstico de alunos com TEA.

Educação e saúde: práticas multidisciplinares no processo de diagnóstico de alunos com TEA

No ano de 2014, foram lançadas, no Brasil, as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com TEA, através do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a). Essas diretrizes contêm uma tabela com indicadores e instrumentos que retratam o desenvolvimento infantil e sinais de alerta para o diagnóstico precoce de crianças

até no máximo 3 anos de idade, cujo objetivo é orientar os profissionais da saúde e os multiprofissionais para melhor identificar os sinais de alerta para o transtorno.

As manifestações iniciais do TEA ocorrem antes dos três anos de idade, quando pais/responsáveis percebem ou são alertados quanto ao atraso do desenvolvimento de seus filhos. Geralmente, são perceptíveis alguns sinais, como atraso, diminuição ou perda da linguagem, isolamento social e movimentos estereotipados. O diagnóstico do TEA é clínico, investigativo, extenso, baseado em informações comportamentais do atendido e fundamentado em parâmetros com comprovação científica e protocolos, realizados através de escalas e testes com a validação da equipe multidisciplinar junto à criança que apresenta características do transtorno.

Quanto maior for a variação das origens e a veracidade das informações maior será a precisão do diagnóstico. As escalas mais usadas atualmente são o Modifield Checklist for Autism, M-Chat, (ROBINS, FEIN, BARTON, & WAGNER, 2008) a partir dos 36 m de idade, sendo o primeiro para suspeição e o segundo de diagnóstico (CAMARGOS, 2017, p. 16).

Existem, também, teste e escala que não são realizados por médicos para observação de autismo e que auxiliam no diagnóstico de crianças menores de 24 meses. Para Camargos (2017, p. 17):

Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS, e o Perfil Psicoeducacional 3. O ADOS é um teste diagnóstico que auxilia muito quando as crianças têm menos que 24 meses, nos quadros de menor gravidade onde as escalas diagnósticas, anteriormente citadas não têm sensibilidade para “captar” a sutileza sintomatológica e quando as famílias apresentam muita resistência à aceitação do diagnóstico (a pontuação fica abaixo do ponto de corte).

O ADOS 2 (segunda edição) trata-se de uma avaliação padronizada que mapeia e avalia: “comunicação, interação social; brincadeira simbólica, e comportamentos repetitivos e interesses restritos. Atualmente, é a única escala observacional considerada ‘padrão ouro’ para avaliação do TEA” (CAMARGOS, 2017, p. 166). Essa escala, por apresentar possibilidades de avaliar diversas áreas do desenvolvimento infantil, oferece oportunidade de indicar quais áreas deverão necessitar de intervenções e quais profissionais farão parte do quadro da equipe multidisciplinar. Além disso, por se tratar de um comprometimento do neurodesenvolvimento, os profissionais envolvidos no diagnóstico e no tratamento devem ser especializados, com práticas no atendimento ao TEA e conhecedores do desenvolvimento infantil. Ressalta-se que o sucesso da avaliação depende de uma equipe multidisciplinar (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiologia, professores, psicopedagogos, fisioterapeutas, entre outros) empenhada e conhecedora das especificidades do TEA, das funções cognitivas e de validação em nosologia.

O diagnóstico clínico no Brasil é realizado pela classificação Internacional de Doenças 10ª e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da quinta edição (DSMV), da American Psychiatric Association (APA). É interessante salientar que esses dois guias são harmônicos, porém com diferenças descritivas de abordagens.

O CID é um sistema oficial de codificação das doenças utilizadas no Brasil, os profissionais devem usar a nomenclatura e os códigos propostos nesse manual, principalmente nos relatórios entregues para família e outros profissionais. O uso da nomenclatura do CID, além de facilitar a comunicação entre profissionais de diferentes áreas, se faz obrigatório na solicitação dos benefícios legais relacionados ao quadro clínico. [...] por isso usamos o DSMV como um guia descritivo. Nesse guia é possível encontrar uma descrição atualizada sobre a expressão dos sintomas relacionados aos transtornos mentais e como os profissionais podem reconhecê-los (APA, 2013 *apud* JÚLIO-COSTA; ANTUNES, 2018, p. 91-92).

O DSMV (APA, 2013) trouxe mudanças com relação aos critérios de avaliação e diagnóstico, reunindo os prejuízos da comunicação e interação social, comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados que tenham ocorridos até os 36 meses de vida da criança. Esses sintomas devem ser persistentes, contínuos e devem ser observados por todos aqueles que convivam com a criança, causando impacto negativo e prejuízos na vida cotidiana e escolar. De acordo com os critérios do DSMV para que um indivíduo seja considerado autista, ele deve preencher os critérios A, B e C apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 – Critérios para diagnóstico do autismo

<p>A. Dificuldades persistentes na comunicação social e na interação social que permanecem em diferentes ambientes e situações. Essas dificuldades podem aparecer das maneiras seguintes:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades nas trocas/interações sociais e emocionais; 2. Dificuldades nos comportamentos de comunicação não verbal (como gestos com as mãos, com o corpo, expressões faciais); 3. Dificuldades em desenvolver, manter e entender relacionamentos sociais.
<p>B. Comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos, que se manifestam atualmente ou historicamente por pelo menos duas das seguintes maneiras:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Movimentos, uso de objetos e/ou fala estereotipados ou repetitivos; 2. Insistência em manter tudo sempre igual, aderência inflexível a rotinas, ou comportamentos verbais ou não verbais ritualizados (rígidos); 3. Interesses muito restritos e fortes, fora do normal em intensidade ou foco de atenção; 4. Reações muito fortes ou muito fracas (hiper-reatividade ou hiporreatividade).
<p>C. Os sintomas devem estar presentes no período inicial do desenvolvimento (mas podem não se manifestar totalmente até que as demandas/exigências sociais excedam sua capacidade de responder a elas; também podem ser mascaradas mais a frente por estratégias aprendidas).</p>

Fonte: Mello (2007).

Esse manual propõe, além da manifestação sintomatológica do TEA, a análise de níveis de gravidade, a fim de verificar a severidade e o impacto na vida do acometido. São três níveis de gravidade, de acordo com Júlio-Costa e Antunes (2018, p. 99):

Nível 1: Bom nível de funcionalidade e necessita de pouca intervenção;

Nível 2: Relativamente funcional e necessita substancialmente de intervenções;

Nível 3: Baixíssimo nível de funcionalidade e necessita substancialmente de intervenções.

Concomitantemente aos níveis de gravidade do TEA, ainda existem as possibilidades reais das comorbidades mais frequentes que costumam fazer parte do quadro desse transtorno. São elas: deficiência intelectual, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do processamento sensorial (TPS), distúrbios do sono, epilepsia, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), entre outros.

Além desses critérios, os neuropediatras podem fazer uso de psicofarmacologia para amenizar os comportamentos disruptivos que acompanham o TEA, entretanto, ainda não há medicamentos que atuem especificamente nesse transtorno. O uso de psicotrópicos é de competência dos médicos, mas deve ser um consenso entre equipe de saúde, familiares e equipe multidisciplinar.

No âmbito da área da saúde, são realizados protocolos para diagnóstico e indicações de medicações e terapias, se for o caso. Mesmo antes do diagnóstico, a intervenção precoce de caráter educacional pode contribuir com o desenvolvimento das crianças. Ressaltamos a importância de as instituições educacionais considerarem que o diagnóstico não é destino, estimulações e intervenção precoce são relevantes para o desenvolvimento de qualquer criança. Em alguns casos, os educadores poderão contribuir com informações importantes que auxiliarão no diagnóstico clínico.

No campo da educação, qual a finalidade do diagnóstico? Identificar o aluno a ser atendido e encaminhado para a sala de recurso multifuncional (SEM) para fins da oferta do Atendimento Educacional Especializado (AEE)¹ tem sido uma preocupação recorrente nas escolas. Pautado no modelo médico de deficiência, a solicitação de diagnósticos clínicos ainda tem sido uma prática recorrente nas escolas, para fins de sustentação do processo decisório sobre o ingresso do aluno no AEE, bem como sua inserção como aluno do público-alvo da educação especial no Censo Escolar do MEC/Inep. Todavia, ressaltamos que a Nota Técnica n. 04/2014 (BRASIL, 2014b) reconhece que a existência de um laudo médico não seja condicio-

nante para a inserção do aluno nas SRMs, uma vez que o AEE se caracteriza por atendimento pedagógico e não clínico.

A pesquisa realizada por Santiago, Santos e Melo (2017) demonstra a persistência de um sentimento “autocoercitivo” por parte dos profissionais de que o aluno só pode ser computado no censo escolar caso tenha um laudo legitimado pelos saberes médicos-clínicos, seguido por narrativas que indicam “insistência” na obtenção de laudo médico, ocorrendo em alguns casos pressão sobre a família para a aquisição do documento. Questionamos a exigência de laudos e diagnósticos clínicos para oferecer condições de aprendizagem e participação em atividades complementares ou suplementares, como é o caso do AEE, mas admitimos que o principal objetivo de tais diagnósticos pode ser a oferta de intervenção precoce, para ampliar as condições de desenvolvimento às crianças com possíveis barreiras.

A intervenção precoce como garantia do processo de inclusão de crianças com TEA

A literatura científica considera que o TEA é uma condição permanente, cuja intervenção precoce adequada nos primeiros anos de vida, devido à plasticidade cerebral, pode diminuir as barreiras sociocomunicativas, a fim de que não se tornem grandes obstáculos ao desenvolvimento da criança. Segundo Nogueira e Mendes (2018, p. 99), “a intervenção precoce vai atuar ampliando o repertório da criança de modo que ela não se limite futuramente a interesses restritos, que aprenda a imitar, a brincar com seus colegas, a se interessar pelo outro e a aprender nesse encontro”.

A equipe multidisciplinar será fundamental no diagnóstico diferencial em tenra idade, assim como na estimulação precoce e para potencializar o desenvolvimento assertivo junto ao TEA. No Brasil, o ponto central para se pensar em intervenção precoce até os 4 anos perpassa pela atuação médica e pela dúvida de uma provável conclusão diagnóstica, uma vez que a obtenção de um diagnóstico final transita por um caminho demorado e, por vezes, marcado por incertezas e (des)informações a respeito desse transtorno. Nogueira e Mendes (2018, p. 97), ao mencionar a teoria da motivação social, destacam que:

Alguns sintomas emergem antes mesmo do primeiro ano de vida. Crianças com autismo desde muito cedo não têm motivação para olhar para faces, prestar atenção em gestos ou vozes, o que impede a estimulação necessária para o desenvolvimento do cérebro social, ocasionando a falha secundária na especialização dos sistemas cerebrais formados por meio das primeiras experiências sociais, gerando uma sucessão de problemas sociais, como por exemplo, falha na atenção compartilhada, dificuldade em apontar e em responder o nome e falha no processamento de expressões faciais.

Necessário se faz avaliar a criança a partir dos primeiros sinais de desenvolvimento atípico e traçar planos de intervenção desde cuidados básicos até um trabalho baseado em pesquisa com a equipe multidisciplinar para crianças que tenham ou não um diagnóstico. A preocupação central deve ser sempre o desenvolvimento das potencialidades do TEA, através de um trabalho de qualidade e do aprimoramento de técnicas que auxiliem nas diversas demandas que esse transtorno exige para a promoção de saúde, a melhora na qualidade de vida e o sucesso da inserção social.

A literatura vem nos lembrando que o tratamento padrão-ouro (CAMARGOS, 2017) para o TEA perpassa por uma intervenção precoce juntamente com a equipe interdisciplinar. Essa estimulação consiste em variadas modalidades de intervenções terapêuticas, para que potencialize o desenvolvimento social e a comunicação da criança, de modo que sejam amenizados ou reduzidos os danos causados pelo TEA. Além disso, a precocidade dessa estimulação pode auxiliar na melhora da qualidade de vida, na própria autonomia do TEA, na orientação aos familiares e na busca de terapias que tenham bases científicas.

A “intervenção precoce” no caso do autismo traz muitos ganhos e, para muitas crianças, é totalmente responsável pelo bom prognóstico do quadro no futuro. Mas não basta boa vontade e amor. Existem abordagens menos e mais indicadas. Há vários pontos a se considerar, quando se avalia uma criança com desenvolvimento atípico (CAMARGOS, 2017, p. 9).

Dessa forma, a equipe multidisciplinar não deve reproduzir o diagnóstico como um carimbo da exclusão social histórica reproduzida pela falta, pelo normal *versus* anormal, pelo fracasso, pelo caráter reducionista do sujeito, pela inabilidade, pelo déficit, pelo hegemônico, enfim, pela falta e pela deficiência. A intervenção e a estimulação precoce devem oportunizar a aprendizagem como uma possibilidade de mudança de olhar na inserção central na inclusão do ser humano, visto através de um caleidoscópio que muda de acordo com a busca das potencialidades, habilidades, complexibilidades e singularidades como um todo, observando as necessidades individuais e específicas do aprendente, a funcionalidade familiar e escolar. A intervenção precoce perpassa, por exemplo, pela ampliação da comunicação verbal e não verbal, pela convivência com os pares e pela estimulação por meio das brincadeiras de faz-de-conta.

Não podemos deixar de mencionar o importante papel da brincadeira na produção de recursos simbólicos para as crianças. Chiote (2013), ao pesquisar o papel da mediação pedagógica no desenvolvimento do brincar da criança com autismo na educação infantil, considerou o brincar como uma atividade que se aprende e desenvolve na relação com outras crianças e/ou adultos, no espaço da educa-

ção infantil. Para a autora, compete aos professores investir na criação de condições para que a criança com autismo amplie suas experiências de brincadeira na relação com seus pares. Seu trabalho evidenciou ainda que “as possibilidades de desenvolvimento das crianças com autismo, assim como de qualquer criança não são predeterminadas, elas são criadas e recriadas nas situações concretas em que suas potencialidades se manifestam de alguma forma, nos processos interativos” (CHIOTE, 2013, p. 16).

Martins (2009, p. 86), ao pesquisar crianças autistas em situações de brincadeira, explicita que:

No caso das crianças com autismo, a linguagem e outros signos precisam ser ativados pelo outro para alterar aspectos bastante comprometidos do desenvolvimento. Não se pode esperar que, sozinhas, elas alcancem mudanças favoráveis em suas funções, pois o isolamento já é um aspecto preponderante do transtorno. Então, torna-se fundamental possibilitar a transição para o mundo das esferas coletivas, estimulando as interações sociais.

A criança com desenvolvimento típico aprende através das interações sociais, brincando com seus pares, imitando falas e gestos dos adultos, enquanto as crianças com TEA necessitam de intervenção precoce e estimulação adequada para que tenham oportunidades de acessar estratégias básicas para aprender de forma autônoma, considerando suas potencialidades e singularidades. Embora não haja cura para o TEA, visto se tratar de uma condição relacionada à organização neurológica, a intervenção precoce e a mediação adequada, desde os primeiros anos de vida, poderão oferecer melhores recursos para que as limitações sociocomunicativas não se tornem grandes barreiras no processo de desenvolvimento da criança.

Outro fator de grande importância para o desenvolvimento e a aprendizagem da criança com autismo é a garantia do direito à educação. O processo de inclusão da pessoa com deficiência na escola comum é garantido por lei. De acordo com a Resolução CNE/CEB n. 4/2009 (BRASIL, 2009), o público-alvo da Educação Especial é constituído por:

I - Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial.

II - Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.

III - Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade.

A legislação em vigor determina que os sistemas de ensino devem matricular os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas classes comuns do ensino regular e no AEE, ofertado em salas de recursos multifuncionais ou em centros de AEE da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos. Na próxima seção, abordaremos questões referentes a esse processo.

O AEE para alunos com TEA

O AEE tem como função complementar ou suplementar a formação do aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidade e estratégias que eliminem as barreiras para sua plena participação na sociedade e seu desenvolvimento na aprendizagem. Tem sido considerado com um espaço para se pensar o planejamento, as intervenções e as avaliações a serem feitas com alunos com TEA. Os objetivos do AEE, conforme Decreto n. 7.611 (BRASIL, 2011, não paginado), são:

- I - prover condições de acesso, participação e aprendizagem no ensino regular e garantir serviços de apoio especializados de acordo com as necessidades individuais dos estudantes;
- II - garantir a transversalidade das ações da educação especial no ensino regular;
- III - fomentar o desenvolvimento de recursos didáticos e pedagógicos que eliminem as barreiras no processo de ensino e aprendizagem; e
- IV - assegurar condições para a continuidade de estudos nos demais níveis, etapas e modalidades de ensino.

As ações do AEE ocorrem nas salas de recursos multifuncionais, que são espaços dentro das escolas e contam com materiais didáticos específicos e alguns recursos da tecnologia assistiva. Os estudantes são atendidos no contraturno escolar, mas esse atendimento não é substitutivo ao processo de escolarização comum. Assim, os professores da sala de recursos multifuncionais são orientados a manter constante diálogo com os professores da sala de aula comum, para que, juntos, possam organizar planejamentos que ampliem o processo de participação e aprendizagem do aluno com TEA em sala de aula (ROCHA; PACHECO, 2018).

Entre as várias incumbências do poder público dispostas na Lei Brasileira de Inclusão, destacamos o art. 28, inciso VII, que prescreve o planejamento de estudo de caso, de elaboração de plano de atendimento educacional especializado, de organização de recursos e serviços de acessibilidade e de disponibilização e usabilidade pedagógica de recursos de tecnologia assistiva. Tais competências incidem

diretamente no AEE, que busca acompanhar os alunos com deficiências, buscando conhecer suas barreiras e suas potencialidades, para ampliar oportunidades educacionais.

Através do estudo de caso, é possível conhecer as particularidades de cada aluno e criar estratégias colaborativas, envolvendo diferentes atores da escola, considerando os contextos e as possibilidades de participação e de aprendizagem com a turma. O estudo de caso envolve observação e planejamento das intervenções, que, por sua vez, gera um plano de atendimento, cujo registro relata as expectativas e possibilidades para estimular e ampliar o desenvolvimento da autonomia dos alunos atendidos, assim como planejar e monitorar a rotina escolar, que, para alunos com TEA, tem significativa importância. Rocha e Pacheco (2018, p. 280) consideram que o referido plano contemple os objetivos, os recursos para acessibilidade pedagógica em sala, as atividades e estratégias para alcançar as metas e, também, a avaliação do processo de trabalho desenvolvido com cada criança.

No contexto de inclusão em educação para alunos com TEA, é importante ressaltar o papel da acessibilidade curricular. O Desenho Universal para Aprendizagem (DUA) é uma abordagem curricular que procura reduzir os fatores de natureza pedagógica que poderão dificultar o processo de ensino e de aprendizagem, assegurando assim o acesso, a participação e o sucesso de todos os alunos. O DUA propõe: i) responder às necessidades de diversos alunos; ii) remover as barreiras à aprendizagem; iii) flexibilizar o processo de ensino; iv) permitir aos alunos formas alternativas de acesso e envolvimento na aprendizagem; v) reduzir a necessidade de adaptações curriculares individuais, contribuindo assim para o desenvolvimento de práticas pedagógicas inclusivas (NUNES; MADUREIRA, 2015).

Acreditamos que os princípios do DUA – 1º: os alunos diferem nos seus interesses e nas formas como podem ser envolvidos e motivados para aprender; 2º: os alunos diferem no modo como percebem e compreendem a informação que lhes é apresentada; e 3º: os alunos diferem no modo como podem participar nas situações de aprendizagem e expressar o que sabem (NUNES, MADUREIRA, 2015) – possam favorecer o processo de inclusão dos alunos com TEA, sem que haja necessidade de adaptações individuais, em que os alunos não realizam praticamente nenhuma atividade, ou quase nenhuma atividade igual à dos colegas.

No entanto, sabemos que cada situação tem suas especificidades e precisam ser planejadas coletivamente, a partir do entendimento de que cada aluno é responsável de todos os educadores da escola. Outro aspecto importante a ser mencionado é a necessidade de compreender que todos os alunos aprendem, inde-

pendentemente de suas barreiras, e que sua aprendizagem e seu desenvolvimento não devem ser analisados de forma comparativa, mas cada aluno só pode ser avaliado tendo em vista seu próprio desenvolvimento. Nesse sentido, o papel da avaliação diagnóstica e do processo ganha força, pois, através de registros, podemos monitorar o progresso de cada aluno.

É nessa perspectiva que desenvolvemos uma proposta de extensão: “Alunos com TEA como desencadeadores de processos formativos e inovação pedagógica” (MELO; SANTIAGO, 2018). Nesse projeto, buscamos conhecer o processo de aprendizagem de cada aluno com TEA no contexto das escolas participantes do projeto. Usamos como proposta teórico-metodológica o Index para a Inclusão (BOOTH; AINSCOW, 2012), que contempla três dimensões interdependentes de inclusão, a saber: culturas, políticas e práticas. Esse material nos permite compreender o processo de inclusão em um sentido mais amplo, pois redimensiona a necessidade de estabelecer culturas, no sentido de colocar valores em ação e repensar concepções voltadas para o processo de ensino-aprendizagem e a constituição de ambientes acolhedores em que todos se sintam pertencentes no ambiente escolar; as políticas são relacionadas ao projeto político-pedagógico e à gestão das inter-relações no espaço escolar, que, por sua vez, trazem implicações para as práticas pedagógicas e as relações curriculares.

Entendemos que o processo de inclusão envolve todos na escola e aposta na participação e no acolhimento das famílias, que têm um importante papel no processo de inclusão de alunos com TEA e outras barreiras de aprendizagem e participação. Hoje, mais do que nunca, percebemos o envolvimento e o protagonismo das famílias, que têm buscado conhecimento e formação para garantir os direitos educacionais dos filhos. Contamos com diversos grupos de familiares que se organizam nas redes sociais, produzindo conteúdos que visam auxiliar e orientar outras famílias que vivem situações semelhantes. Outro fator importante é o protagonismo de algumas crianças e jovens que têm produzido livros e *blogs* com o propósito de apresentar suas vivências, enquanto pessoas identificadas com TEA.

Podemos considerar que, nos últimos anos, houve grandes avanços quanto à produção e ao acúmulo de experiências e de conhecimentos sobre TEA, mas ainda há muitos desafios para serem superados. Ao que tudo indica, temos caminhado rumo a uma perspectiva social de deficiência, cuja ideia básica é que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas uma questão da vida em sociedade, transferindo a responsabilidade pelas barreiras do indivíduo para a incapacidade da sociedade em prever e se ajustar à diversidade.

No contexto de pandemia de Covid-19, que redimensiona as relações sociais e suspende as atividades escolares presenciais, as crianças com autismo têm sofrido forte impacto por conta de suas barreiras de comunicação e de interação social, algumas escolas têm enviado atividades ou proposto ensino remoto aos seus alunos, o que torna a participação da família essencial ao processo. Mais do que nunca, é necessário pensar propostas que promovam acessibilidade curricular, de modo a garantir a participação e a aprendizagem de todos os alunos, independentemente de suas barreiras.

Considerações finais

Buscamos articular saúde e educação no processo de diagnóstico e intervenção de pessoas com TEA. Nesse processo, identificamos que o modelo médico de deficiência teve forte impacto e influenciou de forma significativa o processo educacional de alunos com TEA, que, durante determinado período, esteve restrito a escolas especiais. Com o surgimento do modelo integrativo e, nas últimas décadas, em virtude de políticas públicas pautadas pelos princípios da inclusão, temos percebido um crescente número de alunos com TEA nas escolas regulares.

Com base no direito ao acesso à educação, percebemos que educação e saúde são serviços essenciais para garantir o desenvolvimento e o processo de inclusão de alunos com TEA. O diagnóstico e a estimulação precoce favorecem o desenvolvimento das crianças com TEA. Nesse contexto, uma abordagem multidisciplinar e complementar envolvendo serviços da saúde e da educação pode garantir o direito à participação e à aprendizagem aos alunos com autismo, minimizando barreiras à aprendizagem e riscos de exclusão.

Aprender a compreender a pessoa com TEA não é um caminho fácil, trata-se de um grande desafio, principalmente no que diz respeito à aprendizagem dos conteúdos acadêmicos. O TEA é um convite a dialogar e refletir sobre práticas que oportunizem a participação e a aprendizagem da pessoa com autismo e de seus familiares, sob a mediação de professores e equipe multidisciplinar, na proposição de novos olhares e perspectivas, que se desdobram em possibilidades de intervenção, estimulação precoce, propostas de acessibilidade curricular, atendimento educacional especializado e mediação no processo de aprendizagem.

Uma abordagem interdisciplinar envolvendo saúde e educação pode oportunizar novos saberes, assim como favorecer o processo de inclusão em educação e o processo de humanização na saúde, em uma perspectiva voltada a um modelo so-

cial de deficiência, que não se detém na falta, mas que compreende o outro em sua singularidade, oferecendo condições de ampliar as potencialidades, a autonomia e a participação na sociedade.

Nota

¹ O AEE é um serviço da Educação Especial que identifica, elabora e organiza recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas. Ele deve ser articulado com a proposta da escola regular, embora suas atividades se diferenciem das realizadas em salas de aula de ensino comum (BRASIL, 2009).

Referências

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BORGES, A. A. P.; WERNER, A. Em busca do tempo perdido: a reviravolta das mães de autistas. In: BORGES, A. A. P.; NOGUEIRA, M. L. M. (org.). *O aluno com autismo na escola: toda criança pode aprender*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2018. p. 13-21.

BOOTH, T.; AINSCOW, M. *Index para a inclusão – desenvolvendo a aprendizagem e a participação na escola*. Tradução de Mônica Pereira dos Santos. Rio de Janeiro: LaPEADE, 2012.

BRASIL. CNE. CEB. Resolução n. 4, de 2 de outubro de 2009, institui diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na educação básica, modalidade educação especial. Brasília, DF: CNE; CEB, 2009.

BRASIL. Decreto Federal n. 7611 de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Educação Especial, o Atendimento Educacional Especializado e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 18 de novembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm. Acesso em: 06 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo [Cartilha]*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Nota Técnica n. 04 / 2014. Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014b.

BRASIL. *Lei n. 13.861, de 18 de julho de 2019*. Os censos demográficos realizados a partir de 2019 incluirão as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista, em consonância com o § 2º do art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 19 jul. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm. Acesso em: 8 jun. 2020.

CAMARGOS, Walter Jr. (org.). *Intervenção precoce no autismo guia multidisciplinar de zero a 4 anos*. Belo Horizonte: Artesã, 2017.

CHIOTE, Fernanda de Araújo Binatti. A mediação pedagógica no desenvolvimento do brincar da criança com autismo na educação infantil. In: GT 15 EDUCAÇÃO ESPECIAL DA 35ª REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 2013. Disponível em: http://35reuniao.anped.org.br/images/stories/trabalhos/GT15%20Trabalhos/GT15-1401_int.pdf. Acesso em: 02 ago. 2020.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Lívia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. *SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 65-77, 2009.

JÚLIO-COSTA, Annelise; ANTUNES, Andressa. *Transtorno do espectro autista na prática clínica*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2018.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. *Inclusão escolar – O que é? Por quê? Como fazer?* São Paulo: Summus, 2015.

MANUAL de Orientação Departamento Científico de Pediatria, Desenvolvimento e Comportamento. Sociedade Brasileira de Pediatria, n. 5, abril de 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

MARTINS, Alessandra Dilair Formagio. *Crianças autistas em situação de brincadeira: apontamentos para as práticas educativas*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de Piracicaba, São Paulo, 2009.

MELLO, Ana Maria Ros de. *Autismo: guia prático*. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE, 2007. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2019/04/Cartilha-Autismo.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

NOGUEIRA, Maria Luísa Magalhães; MENDES, Jeane Maria. TEA, intervenção precoce e inteligência, estamos prontos? In: BORGES, Adriana Araújo Pereira Borges; NOGUEIRA, Maria Luísa Magalhães (org.). *O aluno com autismo na escola*. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2018. p. 84-109.

NUNES, C.; MADUREIRA, I. Desenho Universal para a Aprendizagem: construindo práticas pedagógicas inclusivas. *Revista da Investigação às Práticas*, v. 5, n. 2, p. 126-143, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/5211>. Acesso em: 28 jul. 2020.

MELO, S. C. de; SANTIAGO, M. C. Alunos com TEA como desencadeadores de processos formativos. *Revista Online de Política e Gestão Educacional*, Araraquara, v. 22, n. 2, p. 890-904, 2018. DOI: 10.22633/rpge.unesp.v22.nesp2.dez.2018.11919.

SANTIAGO, Mylene Cristina; SANTOS, Mônica Pereira dos; MELO, Sandra Cordeiro de. Inclusão em educação: processos de avaliação em questão. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, Rio de Janeiro, v.25, n. 96, p. 632-651, jul./set. 2017.

SILVA, Maria Odete Emygdio da. Da exclusão à inclusão: concepções e práticas. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, n. 13, p. 135-153, 2009. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502009000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2020.

SILVA, Micheline; MULICK, James A. Diagnóstico e transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

ROCHA, Terezinha Cristina da Costa; PACHECO, Luciana Chaves Aguiar. O Atendimento Educacional Especializado e os desafios do trabalho com crianças com TEA na Educação Infantil. In: BORGES, Adriana Araújo Pereira Borges; NOGUEIRA, Maria Luísa Magalhães (org.). *O aluno com autismo na escola*. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2018. p. 269-290.

TENENTE, Luiza. Número de alunos com autismo em escolas comuns cresce 37% em um ano; aprendizagem ainda é desafio. *G1 Globo*, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2019/04/02/numero-de-alunos-com-autismo-em-escolas-comuns-cresce-37percent-em-um-ano-aprendizagem-ainda-e-desafio.ghtml>. Acesso em: 27 jul. 2020.