

MÉTODO TEACCH

SUMÁRIO

| | | |
|----|--|----|
| 1- | CRIANÇAS COM AUTISMO NO PROCESSO DE INCLUSÃO: COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E MÉTODO TEACCH | 3 |
| 2- | COMO AGIR COM UMA CRIANÇA AUTISTA? | 30 |
| 3- | O MÉTODO TEACCH EM SALA DE AULA | 42 |
| | REFERÊNCIAS | |

1- CRIANÇAS COM AUTISMO NO PROCESSO DE INCLUSÃO: COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E MÉTODO TEACCH

Conforme a pesquisa Preconceito e Discriminação no Ambiente Escolar, realizada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIFE – a pedido do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP (Sistema Uno de Ensino, 2010), explicita que o preconceito e a discriminação permanecem presentes nos dias de hoje entre estudantes, pais, professores, diretores e funcionários das escolas brasileiras. Nos resultados divulgados em junho de 2010, dentre os entrevistados, 99,3% possuem algum tipo de preconceito e mais de 80% tinham a preferência de algum nível de distanciamento social de pessoas com deficiência, assim como homossexuais, negros e pobres. Esta pesquisa ressalta ainda que o preconceito vem da esfera familiar.

Os resultados acima da pesquisa realizada pela Fipe apontam para a questão de que ainda existe um abismo entre discurso e prática quando o assunto é inclusão social e educacional. Como em toda a unidade escolar, bem como toda a sociedade, existem crianças, muitas vezes excluídas e até discriminadas no ambiente familiar, inserindo os mais próximos por serem crianças que apresentam algum distúrbio, ou alguma dificuldade no seu desenvolvimento, não encontrado, nesta situação, apoio familiar e nem da sociedade.

De acordo com o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil (1998, p. 76), contempla no Estatuto da Criança e do Adolescente que “a família é a primeira instituição social responsável pela efetivação dos direitos básicos da criança”. Dessa forma, a escola precisa respeitar o vínculo familiar da criança, devendo ainda estabelecer um diálogo com as famílias, considerando-as parceiras no processo ensino-aprendizagem, assumindo um trabalho acolhedor às diferentes expressões e manifestações das crianças, valorizando e respeitando as diversidades, visto que cada família constitui-se de experiências, e histórias diferentes, tendo a instituição de desenvolver a capacidade de observar, ouvir e também aprender com essas famílias.

No entanto, com base na história, foram conquistadas das famílias que ocorreu os avanços nas políticas públicas e a criação de instituições que, muitas vezes, não encontrando espaços na sociedade que pudessem abrigar, tratar e educar seus filhos, decidiram por criar alternativas isoladas. Um exemplo é a Associação dos Amigos dos Autistas/AMA, fundada no estado de São Paulo para atender pessoas com autismo tanto em terapias quanto na escolarização (SERRA, 2007).

Trabalhar com crianças que apresentam distúrbios de aprendizagem, portanto, caracteriza-se em buscar soluções para ela melhor reintegrar-se na comunidade, no ambiente familiar e ao ambiente educacional, sendo necessário acompanhamento sistemático por parte dos pais e da escola: psicopedagogos, orientadores educacionais, professores, enfim, de forma a permiti-la bom desempenho escolar e social.

O objetivo geral da pesquisa é compreender o papel da Psicopedagogia clínica e institucional, na sua atuação em conjunto com a equipe multidisciplinar, ou seja, profissionais especializados em Saúde e Educação como psicólogos, neurologistas, fonoaudiólogos, orientadores educacionais, enfim para propiciar principalmente a superação dos problemas encontrados em alunos com necessidades específicas, no caso, que apresentam quadro de Autismo Infantil.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- Identificar a contribuição da Psicopedagogia Clínica e Institucional para o processo de Inclusão Social;
- Investigar recursos a serem trabalhados para minimizar o quadro do distúrbio.
- Analisar a atuação do Psicopedagogo, assim como outros profissionais especializados da área de saúde para intervir terapêuticamente nestes conflitos em crianças com necessidades específicas, com o Transtorno

Invasivo do Desenvolvimento, abrangendo o Autismo Infantil, para se reintegrarem na sociedade.

Para o desenvolvimento deste trabalho, referente a metodologia, optou-se pela pesquisa bibliográfica, ou seja, análise documental. A pesquisa é qualitativa, não se expressando em número mas na exposição de forma descritiva dos dados levantados na investigação em se tratando de melhores recursos aplicados para o tratamento do autismo infantil, propiciando a melhora do quadro do transtorno em que se encontra o indivíduo.

O artigo contém contribuições do meu projeto de mestrado em Psicologia e monografias do curso de especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional, e pós-graduação em Gestão: Administração, Supervisão e Orientação Educacional, o qual está voltado para discussão das práticas educativas concretas em relação às crianças com distúrbios de aprendizagem e as políticas públicas aplicadas à Educação. A partir desta questão, justifica-se a escolha da problemática de investigação, tendo em vista que praticar a inclusão em educação implica num processo que ensina a todos os envolvidos – professores, funcionários, pais e alunos – a vivenciar no dia a dia as diferenças de cada indivíduo, com o convívio e assim enfrentando os desafios da existência humana.

2. Processos de Inclusão no Contexto da Desigualdade Social

2.1 Processos de Inclusão, Exclusão e Educação

A necessidade de incluir aqueles que se encontram fora do sistema escolar é o que se discute há muito tempo. Uma convivência mútua é fundamental em todos os contextos da vida social, assim defende Mazzota (2002). O autor diz que a “inclusão é a base da vida social onde duas ou mais pessoas se propõem a, ou têm que, conviver; já que muitas vezes o convívio não depende apenas da vontade individual” (Mazzota, 2002, p. 10).

Neste caso é preciso que haja tolerância, diálogo, nós somos uma multiplicidade. Nós não nos encontramos num grupo fechado, apesar de os indivíduos serem pensados como sendo fechados. Não se convive só com pessoas que pensam da mesma forma, mas com pessoas com diversidade de opiniões, com saberes, experiências e culturas diferentes.

Sawaia (1999) afirma que a ideia de inclusão está intrinsecamente ligada à exclusão, que ambas fazem parte de um mesmo conceito-processo e estes conceitos só podem ser compreendidos em relação dialética, não constituindo assim categorias completamente separadas entre si. Ou seja, sabemos que ninguém está incluído por completo como também ninguém está totalmente excluído. “A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão”, diz ainda Sawaia (1999, p. 8).

Também no estudo da desigualdade social, sabemos que determinados grupos são mais ou menos favorecidos. Cabe o questionamento: por que a desigualdade não suscita, com prioridade, ações destinadas a minimizá-la?

(...) hoje, em nossas sociedades dualizadas, a exclusão é invisível aos nossos olhos. Certamente, a invisibilidade é a marca mais visível dos processos de exclusão neste milênio que começa. A exclusão e seus efeitos estão aí. São evidências cruéis e brutais mostradas nas esquinas, comentadas pelos jornais, exibida nas telas. Entretanto, a exclusão parece ter perdido a capacidade de produzir espanto e indignação em boa parte da sociedade. Nos “outros” em “nós outros” (GENTILI, 2003).

Gentili (2003) caracteriza o paradoxo “falsa verdade”, da naturalização da exclusão, ou seja, ela deixa de ser um problema e passa a ser apenas um “dado”. Os excluídos socialmente: negros, índios, pobres, homossexuais, pessoas com deficiência, idosos e até as mulheres, devem se “acostumar” com a exclusão, assim como os não excluídos também, em nossas sociedades fragmentadas. Dessa forma, para mudar este quadro, será preciso desnaturalizar certas práticas excludentes nas escolas, em casos de alunos portadores de necessidades específicas, como o autismo, foco da pesquisa.

A luta que travam as 'pessoas portadoras de deficiência' contra a segregação social tem os mesmos preceitos da luta pela desconstrução de valores éticos que sustentam e legitimam a sociedade capitalista pautada na desigualdade social, que coloca um ser humano contra o outro, privilegiando uma capacidade produtiva massificada, num jeito cartesiano de pensar modelos economicamente produtivos que matam a singularidade e a subjetividade. (SILVA & VIZIM, 2003, p. 102).

Para que haja a inclusão, segundo Emílio (2008), é necessário que haja a exclusão e excluídos. Quer dizer, é necessário que alguém esteja “fora” de um sistema para que alguém esteja “dentro”. No entanto, mesmo se este alguém estiver “dentro” pode sentir-se “fora”, o que o torna um excluído da situação.

A educação e a escola – que exerce um papel importante no meio social – para Mazzota (2002) devem “basear-se em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser” (Mazzota, 2002, p. 35). A escola como questão imprescindível para o desenvolvimento da sociedade precisa buscar a diminuir a falta de respeito a si e ao outro, diminuir a discriminação negativa, a marginalização, a exclusão; aproximar a ética e atitudes como a cooperação, a tolerância e a solidariedade. Para que a inclusão realmente ocorra, Mazzota afirma que é necessário que se viva sentimentos e atitudes de respeito ao outro como indivíduo.

Os indivíduos, que possuem características “diferentes”, as quais não se enquadram num “padrão” previsto pelas expectativas particulares, são estigmatizados, como nos mostra o estudo já considerado clássico de Erving Goffman:

Pode-se mencionar três tipos de estigma nitidamente diferente. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, (...) desonestidade, sendo essas aferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, (...) desemprego, tentativas de suicídio (...). Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião (GOFFMAN, 2009, p. 11).

A violência faz parte da sociedade no mundo atual e muitas crianças vivenciam no seu cotidiano, na escola, eventos marcados pela violência. Existem casos em que um comportamento autista pode advir de algum trauma ou “stress”, onde a pessoa começa a se isolar, com conseqüências para sua escolaridade e desenvolvimento.

As crianças e jovens, “com quem poderíamos aprender a mudar e a reinventar a esperança, aprendem com os adultos a aniquilação dos direitos, o medo, a agressão”, diz Sonia Kramer (2000, p.14). Esta autora afirma também que a hipocrisia, presente nos discursos oficiais, contraria a questão de se promover uma mudança de fato, pois esta geraria o caos. Porém, eles não percebem, ou não querem ver, que o caos já está enraizado, apesar de muitos já terem se resignado aceitando a miséria e a desigualdade.

A exclusão é uma lógica intrínseca na sociedade, portanto a educação tem que ocorrer contra a barbárie, questão a qual não corremos risco de chegar, pois vivemos nela. Assim afirma Kramer (2000):

“Devemos educar contra a barbárie, [...] Cada um de nós tem diante de seus olhos imagens de maus-tratos, abusos ou violações de direitos humanos de que as crianças são vítimas. Muitos de nós não acreditamos no que vemos, mesmo diante da realidade ou das fotos de chacinas, de mãos de crianças perfuradas, por vezes é difícil acreditar no que vemos, é difícil aceitar que a barbárie é presente e que é urgente educar contra ela. Isso exige reconhecer a opressão em ter capacidade de resistência e utopia de uma sociedade sem discriminação de nenhuma espécie, sem exclusão e eliminação” (KRAMER, 2000).

Assim, podemos dizer que políticas para a infância devem contribuir para o reconhecimento das diferenças, combatendo a desigualdade, além de terem o papel “de garantir que o conhecimento produzido por todos se torne de todos. O conhecimento universal e a compreensão da história possibilitam superar a particularidade. Falar de conhecimento é, pois, falar de cidadania.” (KRAMER, 2000, p. 9). Formação cultural e direitos das crianças como cidadãos abrangem, por fim, os estudos do artigo de Kramer possuindo como idéia central a necessidade de uma educação contra a barbárie.

Como o Brasil vem buscando a modernização para entrar no quadro da era tecnológica, adaptando-se às exigências da globalização, não raro simplesmente ajustando-se às exigências estabelecidas pelas corporações internacionais e instituições financeiras, no que alguns autores chamam de “pensamento neoliberal”, com a presença de elementos “em todas essas políticas, o discurso da modernização educativa, da diversificação, da flexibilidade, da competitividade, da produtividade, da eficiência e da qualidade dos sistemas educativos, da escola e do ensino, na ótica das reformas neoliberais de adequação às demandas e exigências do mercado” (LIBANÊO et al, 2006, p.55).

2.2 A Inclusão de Alunos com Necessidades Especiais nas Escolas

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB - (Lei 9394/96, cap. V) trata especificamente dos direitos dos “educandos portadores de necessidades especiais” (Art. 58) à educação nas escolas regulares, preferencialmente; institui o dever do Estado de estabelecer os serviços, recursos e apoios necessários para garantir escolarização de qualidade para esses estudantes, assim como estabelece o dever das escolas de responderem a essas necessidades, desde a educação infantil (Art. 3.).

A exclusão nas escolas e na sociedade lança as sementes do descontentamento e da discriminação social. A educação é uma questão de direitos humanos, e os indivíduos com deficiências devem fazer parte das escolas, as quais devem modificar seu funcionamento para incluir todos os alunos. Esta mensagem foi claramente transmitida pela Conferência Mundial de 1994 da UNESCO sobre Necessidades Educacionais Especiais (Liga Internacional das Sociedades para Pessoas com Deficiência Mental, 1994).

Em relação à inclusão de crianças e jovens com deficiência, houve mudanças significativas na Educação nos últimos 25 anos, tendo sido em parte propiciados pelas contribuições da Psicologia na Educação que teve grande impacto a partir década de 1980. Antes, era comum manter tais alunos distanciados da convivência com os

demais, sendo a educação restrita a poucos, em instituições exclusivas. Assim, esses alunos começaram a chegar às redes regulares há aproximadamente duas décadas. Em primeira instância, eles ganharam apenas o direito à matrícula.

Conforme o Ministério da Educação aumentou consideravelmente o número da inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas: “Os dados do Censo Escolar 2006, na educação especial, registram a evolução de 337.326 matrículas em 1998 para 700.624 em 2006, expressando um crescimento de 107%”. (Ministério da Educação, 2007, p.06). Além das escolas precisarem adaptar seus padrões arquitetônicos, propiciando uma melhor acessibilidade para receberem alunos de inclusão, será necessário também o preparo de sua equipe docente e adaptação do conteúdo curricular.

A partir de uma preocupação maior em torno da aprendizagem, veio posteriormente de fato, a inclusão destas crianças e jovens, sendo, portanto, o preconceito, o maior empecilho. Por exemplo, não se acreditava que crianças com deficiências de uma forma geral (ou seja, com deficiência intelectual, distúrbios neurológicos, enfim, como no caso de crianças que apresentam quadro de autismo) tivessem necessidade de estudar, pois não eram capazes de aprender tanto quanto outras crianças.

Durante muito tempo, acreditava-se que uma criança cega não fosse capaz de aprender tanto quanto outra que enxerga normalmente. Quando o caso era de deficiência intelectual, então, nem se falava na necessidade de estudar. Hoje parece inacreditável, mas nos anos 1980 um jovem com deficiência intelectual ou com altas habilidades era chamado de ‘retardado’. Na década seguinte, consagrou-se a expressão ‘crianças excepcionais’ para se referir a esses estudantes [...] (MOÇO, 2011, p.132).

No entanto, a sociedade foi descobrindo ao longo do tempo e com a mobilização social, as possibilidades que estes alunos poderiam ter e começaram a se referir a eles de forma diferente. A inclusão, assim como a maioria das mudanças em Educação começaram a ocorrer a partir da Constituição de 1988, a qual contempla direito à escolarização para todos instituindo de preferência o atendimento na rede

regular de ensino. Porém, na prática, esta situação não garantiu uma mudança de fato.

Atualmente, um aluno considerado especial, com deficiência, conforme dados do MEC, diz respeito a:

Aqueles que têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental (...) ou sensorial, que em interação (...) podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento (...) apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo (...) e psicose infantil. Alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes (SECRETARIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC, 2010).

Estes alunos podem apresentar também grande criatividade e envolvimento de aprendizagem na realização de tarefas de seu interesse. Os principais transtornos de aprendizagem específicos encontram-se: discalculia, dislexia, disortografia, transtornos de atenção e hiperatividade (TDAH), autismo. Enfim, o assunto “distúrbios de aprendizagem” tem gerado inúmeras discussões referentes a seu conceito e como proceder terapêuticamente. Muitos profissionais, da área de saúde e educação desconhecem, no âmbito de sua atuação, a importância deste trabalho, para além do que ultrapassa os limites das paredes escolares.

Em 2007, segundo dados fornecidos pelo MEC - Ministério da Educação - (BRASIL, 2008, p.11), junto com o PAC (Plano de Aceleração do Crescimento) e o PDE (Plano de Desenvolvimento da Educação), que prevê a inclusão das pessoas com necessidades especiais, tendo em vista a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, a implantação de salas de recursos e a formação docente para o atendimento educacional especializado.

3. Autismo e Intervenção Precoce para Educação

3.1 Considerações Sobre o Autismo Infantil

Autismo infantil é um transtorno do desenvolvimento, invasivo porque faz parte da constituição do indivíduo e afeta a sua evolução. É caracterizado por alterações no comportamento, assim como na comunicação e na interação social.

O transtorno autista (ou autismo infantil) faz parte de um grupo de transtornos do neurodesenvolvimento denominados Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs) ou Transtornos do Espectro do Autismo (TEAs). Esse grupo de transtornos compartilha sintomas centrais no comprometimento em três áreas específicas do desenvolvimento, a saber: (a) déficits de habilidades sociais, (b) déficits de habilidades comunicativas (verbais e não-verbais) e (c) presença de comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1992; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2003).

Fazem parte do grupo do transtorno autista, a síndrome (ou transtorno) de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância, a síndrome (ou transtorno) de Rett e o transtorno global do desenvolvimento, incluindo o autismo atípico.

Basicamente, quatro fatores indicam a presença do autismo infantil: início precoce, problemas de comunicação, relacionamento social, tem interesses restritos e repetitivos. O autismo se manifesta antes dos três anos de idade e persiste durante a vida adulta. No primeiro ano de vida, o transtorno é dificilmente detectado, porém pode se manifestar nesse período: a aversão ao colo corresponde um dos sinais do distúrbio. A partir de uma certa idade, mas raramente, a criança pode entrar numa fase de regressão, perdendo habilidades de comunicação adquiridas nos primeiros anos de vida e de interação social.

Duas em cada mil crianças têm algum distúrbio autístico. Dessas, de 10% a 50% são portadoras do autismo infantil (a variação percentual decorre das diferentes formas de classificação da doença). A doença atinge aproximadamente 0,05% da população, e a

ocorrência de novos casos é mais comum no sexo masculino, na razão de três homens para cada mulher afetada. Não há uma clara relação entre o autismo e a classe sócio-econômica, apesar de estudos mais antigos apoiarem essa teoria (HENRIQUES, 2010).

A criança autista pode apresentar dificuldade de se relacionar com outros indivíduos, evita o contato visual, demonstra falta de interesse pelas pessoas e quando se machuca, não procura conforto. O autista pode ter dificuldade de ajustar o seu comportamento aos demais, ou seja, ao meio social, onde cria o “seu próprio mundo” ficando retraído e mantendo-se distante, tendo dificuldade de reconhecer de maneira adequada as [emoções](#) dos indivíduos que o cerca. Desenvolvendo a afeição, é comum a criança autista ter muita proximidade com os pais, porém é mais propensa a abraçar do que aceitar ser abraçada.

O autista é avesso à mudanças, gosta de uma vida de rotinas, insistem em determinados movimentos como por exemplo, rodopiar e abanar as mãos. As brincadeiras preferidas são de ordenamento, por exemplo, alinhamento de objetos. Preocupam-se excessivamente com horários restritos, fixos, por compromissos e determinadas atividades. Não são adeptos a brincadeiras de faz-de-conta. Quando ocorre este tipo de brincadeira limitam-se, por exemplo, a programas de TV favoritos.

Henriques (2010) afirma que outros sintomas encontrados nas crianças com autismo é que um terço deles possui retardo mental e sofre de crises convulsivas, que se manifestam dos 11 aos 14 anos. Porém, o problema também afeta 5% dos autistas com QI normal. Muitas crianças autistas, além disso, apresentam problemas comportamentais ou emocionais. É freqüente a hiperatividade a qual pode ser substituída na adolescência pela inércia. É também comum a irritabilidade - costuma ser desencadeada pela dificuldade de expressão ou pela interferência nos rituais e rotinas próprios do indivíduo e medos intensos os quais desencadeiam fobias. Uma forma de comportamento ritualístico é a alimentação em exagero. Crianças com um QI inferior a 60 provavelmente se tornarão dependentes na vida adulta. Entretanto, quando o QI é mais alto, os autistas têm 50% de chance de desenvolver um bom desempenho social.

No autismo, os programas de intervenção precoce devem enfatizar principalmente a individualização não somente se referindo ao que tange “as habilidades comunicativas da criança-alvo, mas também quanto a outras características, como as de processamento sensorial e formas não convencionais de comportamento” (LAMPREIA, 2007, p. 113). Também o uso criterioso de medicamentos, aliados aos outros tratamentos podem dar bons resultados, de acordo com Henriques (2010):

Programas comportamentais podem reduzir a irritabilidade, os acessos de agressividade, os medos e os rituais, assim como promover um desenvolvimento mais apropriado. Medicamentos que agem sobre o psiquismo não controlam os principais sintomas do autismo, mas podem atenuar os sintomas associados. Estimulantes são capazes de reduzir a hiperatividade, mas geralmente aumentam de forma intolerável os atos repetitivos. Doses baixas de neurolépticos costumam reduzir a agitação e as repetições e em dosagens mais altas podem reduzir a hiperatividade, a retração e a instabilidade emocional. No entanto, é preciso verificar se o benefício é superior aos problemas causados pelos efeitos colaterais dessas drogas. (HENRIQUES, 2010)

Ainda segundo estudos realizados por Lampreia (2007, p.113) para a criança autista com *déficit* sensorial, é difícil interagir em um ambiente social, devido ao nível baixo de afeto, atenção e ativação. Para substituir comportamentos não convencionais são bem-sucedidos intervenções de comunicação, estabelecendo habilidades de linguagem com a mesma função comunicativa.

Em se tratando da etiologia, Silva & Mulick (2009) afirmam que:

Existe certo consenso entre os especialistas de que o autismo é decorrente de disfunções do sistema nervoso central (SNC), que levam a uma desordem no padrão do desenvolvimento da criança. Estudos de neuroimagens e de autópsias, por exemplo, apontam uma variedade de anormalidades cerebrais em indivíduos com autismo, como tamanhos anormais das amígdalas, hipocampus e corpo caloso, maturação atrasada do córtex frontal, desenvolvimento atrofiado dos neurônios do sistema límbico e padrões variados de baixa atividade em regiões cerebrais diversas, como o córtex frontal e o sistema

límbico (BRAMBILLA e cols., 2003; MULLER, KLEINHANS, KEMMOTSU, PIERCE, & COURCHESNE, 2003; MUNDY, 2003; REDCAY & COURCHESNE, 2005).

Embora ocorram estas evidências de anormalidades, “até o presente momento não foi possível determinar qualquer aspecto biológico, ambiental, ou da interação de ambos, que pareça contribuir de forma decisiva para a manifestação desse transtorno” (SILVA, MICHELINE & MULICK, JAMES A., 2009).

A origem de uma grande variedade de distúrbios relacionados ao autismo foi reportada na literatura médica. As causas ligadas a fatores genéticos são as mais prováveis e a hereditariedade está intimamente ligada ao transtorno onde a origem está numa combinação de genes, e não em um único gene isolado. A taxa de recorrência de autismo entre irmãos é de aproximadamente 3% e varia de 10% a 20% para as formas variantes da doença. Nos casos de autismo associado a retardo mental profundo e severo, as causas podem estar mais ligadas a danos cerebrais do que a fatores genéticos. É descartado, porém o fato de que não há evidências de que problemas psicossociais ou eventos traumáticos na infância, como desatenção dos pais, influenciem o surgimento do autismo (HENRIQUES, 2010):

A dificuldade de comunicação afeta a compreensão e a expressão, o gestual e a linguagem falada”. O indivíduo costuma repetir palavras ou frases (ecolalia), cometer erros de reversão pronominal (troca do “você” pelo “eu”), usar as palavras de maneira própria (idiossincrática), inventar palavras (neologismos), usar frases prontas e questionar repetitivamente. Os gestos são reduzidos e pouco integrados ao que está sendo dito. Metade das crianças autistas desenvolve uma fala compreensível até os 5 anos (HENRIQUES, 2010).

Donald Meltzer (1979), afirma que “a essência do processo mental autista propriamente dito é uma suspensão da vida mental”, e defende que essa mente pode funcionar em grande velocidade, e possui uma tal complexidade que perturba continuamente o terapeuta. Propõe a seguinte súmula das características mentais do autista:

... grande inteligência, sensibilidade ao estado emocional alheio, propensão ao sofrimento depressivo de forma massiva, mínimo sadismo e, em conseqüência, mínima persecutoriedade, ciúmes possessivos; sendo crianças de alta sensualidade em seu amor, passíveis de uma interminável repetição da alegria e triunfo pela posse do objeto (MELTZER, 1979.)

3.2 Identificação Precoce e Algumas Formas de Intervenção no Caso do Autismo

O autismo é diagnosticado com base em uma lista de critérios comportamentais. Não é um diagnóstico fácil de fazer, o ideal é fazê-lo antes dos 3 anos de vida, pois o diagnóstico precoce aumenta as chances de ter resultados mais satisfatórios.

Existe um teste para detecção do autismo que na realidade é um “alerta” – rastreamento e vigilância – pode ser feito em apenas 5 minutos, com crianças até de 6, 18 meses de vida, o “*checklist*”, mas não é disponibilizado nas escolas e unidades de saúde. É preciso políticas públicas de identificação precoce em instituições escolares e de saúde a fim de se tomar medidas necessárias.

Pois neste contexto, conforme Maria José Del Rio (1996), o professor, ou o profissional de psicopedagogia, pode melhorar as habilidades comunicativas dos alunos atuando a partir do seu próprio campo de trabalho – a educação – e podem, indiretamente, conseguir modificar ou atenuar algum problema de aprendizagem, como no caso do autismo.

A intervenção precoce no autismo que tem se tornado possível devido a identificação cada vez mais cedo, a partir dos 6 meses de vida da criança, possui dentre os programas de intervenção precoce, os principais que correspondem a estimulação da comunicação não verbal incluindo um trabalho para o desenvolvimento de crianças autistas com falhas no processamento sensorial e habilidade de imitar. É recomendado a participação da família e inclusão de pares nestes programas. Segundo Lampreia (2009) as áreas principais de intervenção

precoce correspondem a: comunicação não-verbal, processamento sensorial, imitação, jogo com pares e família. Portanto um estudo de Guralnick (2000) citado por Lampreia:

Um verdadeiro sistema de intervenção precoce deve proporcionar recursos de apoio que facilitem a consciência de serviços disponíveis, acesso a eles e coordenação, permitindo, assim, que a família devote sua atenção e energia para atividades mais produtivas em termos de padrões íntimos de interação familiar. Além disso, é importante proporcionar um conjunto de apoio social para a família, como grupo de pais, serviço de aconselhamento familiar e mobilização de amigos e comunidade. Esse apoio é fundamental para amenizar o estresse familiar e garantir a motivação para um engajamento satisfatório na programação (GURALNICK, 2000 IN LAMPREIA, 2007, p. 112).

Ao desenvolver um estudo do significado da comunicação (não verbal) com crianças autistas, Januário e Tufiri (2010) citou Winnicott (1966):

A habilidade de comunicar-se não está fundada, inicialmente, na aquisição da linguagem, mas sim, em uma interação não-verbal estabelecida por intermédio da experiência de maturidade entre a mãe e o bebê, na qual a mãe está identificada de forma tão intensa com seu bebê que ele se sente compreendido. Conseqüentemente, a habilidade do bebê de brincar e de simbolizar precede o período em que passa a fazer uso das palavras. (WINNICOTT, 1966 in: JANUÁRIO & TUFIRI, 2010, p. 65).

Sob uma perspectiva clássica, a análise de qualquer pessoa ocorre através da linguagem verbal. Na clínica psicanalítica estabelecida por Winnicott (1966) no artigo de Januário & Tafuri (2010, p.68) “a técnica clássica da interpretação está, muitas vezes, inabilitada, não sendo possível interpretar os comportamentos das crianças”. Diante desta questão, é destacada a relevância dos vínculos sensoriais não-verbais no processo transferencial para o tratamento de crianças autistas.

Tais habilidades comunicativas, como muitos acreditam que dependem diretamente da personalidade dos indivíduos, mas não é verdade. Isto quer dizer, se um aluno não se expressa bem, acredita-se que ele seja tímido, introvertido ou não

sente necessidade de se comunicar, porém, é possível muitas vezes conhecer pessoas tímidas com excelentes habilidades de expressão em determinadas ocasiões em que se sentem à vontade e se decidem falar. Em relação às habilidades que o aluno possui, por exemplo, as habilidades comunicativas, presume-se que os professores sabem que são agentes difusores de cultura e que sua linguagem se constitui, por isso, um ponto de referência e de aprendizagem importante para o aluno.

4. Recursos Aplicados para o Tratamento do Autismo

4.1 Intervenção Psicopedagógica no Autismo

Qual a abordagem da prática psicopedagógica, bem como possibilidades de atuação, instrumentos, métodos de intervenção e ainda seus principais limites?

É previsto na prática psicopedagógica a atuação em clínicas – geralmente busca uma relação da história pessoal do sujeito com o seu tipo de aprendizagem, tem caráter terapêutico, contudo intervindo em ocasiões de problemas de aprendizagens que já se encontram instaladas – e em instituições – como por exemplo em escolas, instituições assistenciais, empresas, enfim é uma prática de atuação que apresenta um caráter preventivo tendo em vista minimizar possíveis quadros de insucessos.

Os principais limites da prática psicopedagógica no diálogo com o texto é no enfoque à atividade institucional preventiva onde os psicopedagogos podem encontrar barreiras na proposta de procedimentos de intervenção e avaliação. Neste sentido, a definição (ou falta de definição) do instrumental utilizando (os procedimentos diagnósticos para a intervenção) no exercício psicopedagógico institucional precisa ser refletido.

O trabalho psicopedagógico na clínica, apresentando, principalmente uma finalidade terapêutica, inferindo o resgate a saúde do aprender, não pode ser

considerado só um procedimento terapêutico, mas também preventivo, pois segundo os estudos das autoras do texto, as práticas preventivas (na clínica) manifestam objetivos dos mais variados, tendo em vista que se busca evitar o aparecimento de problemas futuros e os que já estão instalados, evitar que estes problemas se agravem ou retardar o desenvolvimento dos mesmos, ou ainda minimizar a gravidade de outros transtornos.

Da mesma maneira, quando o psicopedagogo trabalha na análise institucional dentro de uma escola por exemplo, ou em outra instituição, estando atento ao funcionamento de toda a equipe, da hierarquia, das práticas profissionais, enfim, ele está atuando na psicopedagogia institucional, mas também tem que ter um “olhar clínico”, e vale destacar que o psicopedagogo, tratando do sujeito, aplicando entrevistas, anamnese com pai / mãe, utilizando jogos, dinâmica, etc vai estar fazendo intervenção clínica dentro da instituição. Portanto, existe limites entre a psicopedagogia institucional e clínica, mas na prática profissional, a atuação em instituição precisa de um caráter clínico, e na clínica o caráter também preventivo trabalhado na instituição (PEREZ & OLIVEIRA, 2007)

Assim, as possibilidades que vejo referente prática profissional é que, sabendo que a psicopedagogia é um trabalho integrado, por isso a importância da equipe multiprofissional, é relevante também a teorização da prática, é um modelo teórico baseado na pesquisa, investigação para intervenção psicopedagógica – deve ser respaldados nos teóricos, por exemplo, Piaget, Vigotsky, enfim, consistindo inclusive em Ciência de Aplicação prática, a qual por meio do diagnóstico, o psicopedagogo vai utilizar métodos de intervenção com suporte em instrumentos psicopedagógicos: dinâmicas de grupo, brincadeira, banco de areia, jogos, desenhos, teatro, ou seja, a aplicação prática, onde o psicopedagogo “brinca de ensinar e a criança brinca de aprender”.

Em se tratando do autismo infantil são apresentados algumas sugestões no que se refere à intervenção psicopedagógica tanto no espaço clínico quanto na

instituição de ensino, como o psicopedagogo deve intervir, ou o professor de apoio especializado.

Na área da linguagem o objetivo é promover o desenvolvimento da comunicação, estimulando na criança a habilidade gestual e articulatória. Os conteúdos são: estimular vocábulos simples do cotidiano, associado com figura; membros familiares serão trabalhados através de um álbum de fotografias; alimentação – exploração dos alimentos (álbum); meio transporte (álbum); partes do corpo (álbum); atender ordens simples; nomear objetos que o cercam. Assim, a estratégia e trabalhar a linguagem com o uso dos vocábulos no seu dia a dia, também através dos álbuns de figura.

Na área da percepção cognitiva o objetivo será favorecer a organização da percepção cognitiva esperando-se que a criança adquira condições para desenvolver suas percepções de acordo com as suas necessidades.

O conteúdo para percepção visual baseia-se em: separar objetos por cores e por formas, agrupar objetos e brinquedos; montar quebra-cabeças simples, acompanhar o movimento de um objeto, visualizar gravuras, estimular a percepção de pessoas com pessoas.

Para percepção auditiva o conteúdo destina-se ao uso de música e canções, perceber sons fracos e fortes, perceber sons e ruídos produzidos por animais e fenômenos da natureza, perceber o silêncio e o barulho, produzir ruídos variados, agitar cordas, jogar pedras na água, bater palmas, rasgar e amassar papéis, falar em diversos tons de voz, atirar objetos no chão. Tocar instrumentos musicais. Falar por cornetas de papelão, escutar sons lentos e ritos acelerados. Fazer com que a criança produza sons (batendo por exemplo, as mãos na mesa). Ritmo através de palmas. Recursos: instrumentos musicais, discos, toca-discos, cornetas e diversos objetos.

Os recursos para percepção tátil são utilizar materiais capazes de demonstrar variações de temperatura, tamanho, textura, umidade, enfim, passar buchas, pincéis,

escova macia, texturas variadas pelo corpo; usar talco e creme para passar na criança; fazer desenhos com talco, maquiagem no corpo da criança. Recursos: sacos, pacotes, talco, creme, formas geométricas, escovas, pincéis, buchas, objetos diferentes, materiais diversos.

4.2 Método de Comunicação Alternativa e Programa Educacional TEACCH

Alguma forma de comunicação alternativa pode ser indicado para crianças com déficit em alto grau de sua habilidade de comunicação verbal. Porém, depende do grau de comprometimento do transtorno a escolha do sistema mais apropriado. Um exemplo de sistema, o de Makaton, que incorpora símbolos e sinais, é bastante utilizado nestes casos, principalmente no Reino Unido, onde é requerido amplamente, todavia, ainda existe evidência de melhora limitada na comunicação de crianças.

A área da tecnologia assistiva que se destina especificamente à ampliação de habilidades de comunicação é denominada de Comunicação Alternativa (CA). A comunicação alternativa destina-se a pessoas sem fala ou sem escrita funcional ou em defasagem entre sua necessidade comunicativa e sua habilidade de falar e/ou escrever (SARTORETTO, M.L. & BERSCH, R., 2011).

O PECS (Picture Exchange Communication System) é um sistema com base em figuras, exigindo ao indivíduo menos habilidades cognitivas, de memória ou linguísticas, visto que as figuras ou fotos refletem os interesses individuais. Estabelecida a associação entre atividade e símbolos que este sistema proporciona, o PECS é uma opção que favorece a criança a possibilidade de exercer uma autonomia na utilização de velcro ou adesivos para comunicar as suas atividades, assim como o início delas, ou o final, enfim, focando as formas alternativas de comunicação pode motivar a criança autista ou com outra deficiência a utilizar a fala, ao contrário do que muitos pais pensam que utilizando sinais e fotos podem gerar a diminuição do desenvolvimento verbal.

*Um dos sistemas simbólicos mais utilizados em todo o mundo é o PCS - **Picture Communication Symbols**, criado em 1980 pela fonoaudióloga estadunidense Roxanna Mayer Johnson. No Brasil ele foi traduzido como PCS - Símbolos de Comunicação Pictórica. O PCS possui como características: desenhos simples e claros, de fácil reconhecimento e adequados para usuários de qualquer idade, facilmente combináveis com outras figuras e fotos para a criação de recursos de comunicação individualizados, extremamente úteis para criação de atividades educacionais. O sistema de símbolos PCS está disponível no Brasil por meio do software Boardmaker (SARTORETTO, M.L. & BERSCH, R., 2011).*

Deste modo, o uso de sinalização pelas crianças deve constituir a programas de treinamento verbal, onde os sinais precisam ser utilizados para compartilhar experiências, emoções, sentimentos ou para uma recíproca comunicação.

Visando melhorar a compreensão e a complexidade da fala, é importante a utilização de programas de linguagem, especialmente para crianças mais jovens, as quais falam espontaneamente algumas palavras ou apenas emitem sons.

Uma das práticas consistentes para o encorajamento da fala é desenvolver as habilidades imaginativas da criança, deve-se chamar a atenção dos pais para também contribuir para este desenvolvimento. Um exemplo desta estratégia, é os pais ou responsáveis colocar brinquedos e guloseimas distante da criança, mas de uma maneira que ela os veja, mantendo em recipientes transparentes para atrair a atenção da criança a qual, por sua vez, terá de comunicar com os adultos para conseguir o que ela quer. Esta é uma estratégia simples que ajuda crianças autistas no desenvolvimento das habilidades imaginativas, por exemplo, pode ser focado nos interesses estereotipados dela, e a partir daí expandir os tópicos de interesse.

Uma técnica que auxilia crianças com autismo ou deficiência mental conhecida como “Comunicação facilitada” constitui no uso de esteio físico para mãos, braços ou pulsos a indicar cartões de comunicação de diversas maneiras, a fim de melhorar as habilidades comunicativas e lingüísticas. Porém, existe evidências, que o controle do facilitador ou terapeuta é muito importante, e não da criança, para às respostas aos estímulos.

O uso do computador também pode ser um recurso que auxilia para trabalhar com crianças autistas ou com deficiência mental, focalizando na ativação da alternância dos interlocutores e no encorajamento a interação.

Dispositivos de comunicação computadorizados, a utilização de teclados intercambiáveis, de grande complexibilidade propiciam o progresso gradual das crianças com o uso de teclados com múltiplos símbolos, ajustados de maneira personalizada para a circunstância, assim com para as necessidades ou interesses do indivíduo. “Outro fator em favor do uso de computadores é que o material visual é mais bem compreendido e aceito do que o verbal. No entanto, é importante advertir que os computadores podem também aumentar ‘obsessões’ por tecnologia” (BOSA, 2011).

O método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), em português consiste em Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits relativos a Comunicação, segundo BOSA (2011) foi um método criado a partir de um projeto de pesquisa que procurou observar em situações e estímulos diversificados como crianças com autismo se comportavam.

Este método (TEACCH) corresponde a um outro sistema de instrução com base visual, estruturado para melhorar o aprendizado, a linguagem e minimizar comportamentos inapropriados, de forma a combinar diferentes materiais visuais. Este vem a ser um programa educacional e clínico utilizado predominantemente na psicopedagogia.

Por exemplo, recipientes ou áreas de diferentes cores auxiliam a instruir as crianças sobre o lugar que elas possam estar num certo momento e mostram, inclusive, a sequência de atividades direcionadas a elas na escola, no decorrer do dia.

Geralmente crianças autistas ou deficientes apresentam dificuldades de compreensão de linguagem abstrata ou ainda inabilidade para lidar com sequências de grande complexidade, nas instruções que precisam ser sintetizadas.

Uma das formas de trabalhar com sistemas potencializadores de comunicação, por exemplo, é através de construção de uma história de um menino e a escola em que ele estuda, onde o professor ou terapeuta, pode incentivar a criança com autismo a completarem a história. Se tiver mais de uma criança com autismo ou deficiência no atendimento, ou numa sala de aula, o facilitador pode convidar cada criança a construir verbalmente uma parte pequena da história, sendo útil muitas vezes um esquema de sequência lógica, ou seja, um quadro com desenhos mostrando a sequência das situações, pois pode ocorrer em um determinado momento que mesmo havendo contribuições das crianças ao focarem nos pensamentos e sentimentos do menino, de repente uma criança se concentra na escola, não fazendo uma conexão com as situações anteriores.

Deve-se evitar o uso de metáforas, ou pelo menos deve ser explicadas e as perguntas devem ser concisas e simples. Por exemplo ao invés de falar “os livros precisam ser arrumados”, deve dizer “coloque os livros na prateleira” pois a criança pode não reagir a primeira instrução e compreender a segunda, ou talvez precise olhar para a figura que mostra a tarefa.

No entanto, vale ressaltar que sistemas potencializadores de comunicação, podem ser aplicados, em certos momentos, até em crianças sem dificuldades extremas de linguagem.

4.3 A Psicopedagogia na Escola e o Papel do Professor

É importante lembrar que muitos fatores interferem na aprendizagem embora inicialmente o médico tende a buscar a causa na criança. “Dificuldades na aprendizagem escolar, são apresentadas em aproximadamente 20% das crianças”

(ANTONIUK, 2005). É foi constatado que geralmente crianças com autismo apresentam distúrbios de aprendizagem.

Numa instituição de ensino, o Gestor Educacional envolve relações interpessoais e sociais, todavia este exerce influência em relação ao aluno nos resultados da aprendizagem no sentido de um interferir no desenvolvimento do outro e se desenvolverem como pessoa, em se tratando da transmissão da cultura e dos conhecimentos, inclusive nos processos de aprender e de ensinar. Por exemplo, o comportamento do gestor e professor certamente se reflete na constituição do aluno como pessoa e em suas possibilidades de aprender se no caso ele não autoriza o aluno a pensar, a mostrar o que conhece. Diante de seu pensamento, poderá causar ao aluno uma certa inibição, acarretando, na maioria das vezes, problemas para aprender.

Os educadores também poderão rever suas crenças, valores e significados do que é aprender e ensinar na interação com os alunos.

Contribuições do psicopedagogo na instituição, inclusive, influencia os gestores, professores, enfim os educadores na maneira de avaliar o aluno, pois os conhecimentos da Psicopedagogia integram e foram construídos a partir de vários outros, por exemplo: da psicologia, da pedagogia, da sociologia, da biologia, da lingüística, enfim a Psicopedagogia com o intuito de encontrar possibilidades para compreender e atuar junto aos processos de aprender e de ensinar, procurou, desde a sua origem, buscar possíveis vinculações, entre vários conhecimentos.

Os conhecimentos da Psicopedagogia, entretanto, podem contribuir para uma avaliação mais abrangente junto aos alunos que poderão estar interferindo em seus processos de aprender, considerando fatores afetivos, cognitivos, sociais, familiares, escolares.

Embora a Psicopedagogia esteja voltada para o processo de aprendizagem formal e seus problemas, pode contribuir com o trabalho realizado na Educação

Infantil – creches e escolas – sobretudo na prevenção de futuros problemas de aprendizagem.

A escola deve intensificar a interação entre a criança e a família, haja visto que ela é a extensão do lar, dessa forma, favorecerá o processo educativo e a formação dos indivíduos.

Torna-se essencial à participação dos pais junto à escola para que ambos falem a mesma linguagem, auxiliando na aprendizagem do educando. É necessário que os pais interajam constantemente das atividades proporcionadas pela escola, incentivando seus filhos para o mesmo, pois esta união de esforços enriquecerá todo o processo de ensino-aprendizagem. Assim, o trabalho em conjunto é o objetivo principal dessa interação, visando desenvolver os comportamentos, os quais contribuirão na formação integral do educando.

Deve-se levar em conta no processo de educação a interação da comunidade, ou os pais e a escola. Todavia, a instituição de ensino necessita dos pais dos alunos os quais precisam, por sua vez, dos professores. Várias barreiras são impostas para essa interação, porém, ainda existem outras questões capazes de auxiliar essa integração, ou seja, o relacionamento entre professores e pais, além da direção da escola e de toda a comunidade.

O primeiro passo para colocar em ação essas questões é a escola oferecer para os pais suas dependências físicas, onde grupos de atividades artísticas são formados, como artesanato, artes plásticas, canto, teatro, etc.

Em seguida, fazer com que esses grupos de pais interajam com os alunos, num projeto pedagógico anteriormente estudado, realizando assim, exposições culturais e outras atividades que irão auxiliar o ensino ministrado pelos professores.

Os pais poderão, ainda, para desenvolvimento dessas atividades tornar-se monitores voluntários junto à escola, a qual poderia ser aberta aos sábados e/ou

domingos como espaço comunitário, encontros para a prática esportiva, assim como outros eventos. Haverá uma tendência da comunidade sentir-se responsável pela escola, e por parte de pais e responsáveis, os professores perceberão um clima mais amigável.

Promoção de reuniões conjuntas escola/comunidade, a fim de definir regras de utilização do espaço, estabelecendo parceria, no momento em cada um deverá cumprir o seu papel.

A Psicopedagogia trabalhando com a Orientação Educacional, dessa forma, pode oferecer parâmetros do desenvolvimento infantil e do processo de organização psíquica que possivelmente, apontam direções para o planejamento de atividades a serem realizadas com as crianças, assim como sinalizar eventuais dificuldades que as crianças dessa faixa etária podem apresentar.

Os educadores que se dedicam aos pré-escolares devem ter em mente que buscar uma disciplina que contenha jogos e brincadeiras ajuda na constituição psíquica e no processo de desenvolvimento da criança, visto que a brincadeira é a atividade privilegiada da infância.

5. Conclusão

Como em toda a unidade escolar, bem como toda a sociedade, existem crianças, muitas vezes excluídas e até rejeitadas pela família, incluindo os mais próximos por serem crianças que apresentam algum distúrbio, ou alguma dificuldade no seu desenvolvimento, e não encontram apoio familiar e nem da sociedade.

Segundo Fonseca (1995), a criança com dificuldade de aprendizagem não deve ser “classificada” como deficiente. Trata-se de uma criança normal que aprende de uma forma diferente, a qual apresenta uma discrepância entre o potencial atual e o potencial esperado. Não pertence a nenhuma categoria de deficiência, não sendo sequer uma deficiência mental, pois possui um potencial cognitivo que não é realizado

em termos de aproveitamento educacional. O risco está em não se detectar esses casos, não se proporcionando no momento propício às intervenções pedagógicas preventivas nos períodos de maturação mais plásticos. Se não se detectarem esses casos, a escola com o seu critério seletivo de rendimento pode influenciar e reforçar a falta de adaptação, culminando, muitas vezes, mais tarde, no atraso mental, na delinqüência ou em sociopatias.

Soares (2005) segue a mesma linha de raciocínio afirmando que, exigir de todos os alunos a mesma atuação, é um caminho improdutivo; cada um é diferente, com o seu próprio tempo lógico e psicológico, e cada um tem uma maneira específica de lidar com o conhecimento. Respeitar essa “veia”, este ritmo para o ato de aprender é preservar o cérebro de uma possível sobrecarga que contribuiria para uma desintegração total do processo ensino-aprendizagem.

Tanto para fins terapêuticos como preventivos pode-se minimizar o problema destes jovens em cada grau a partir de métodos de apoio neste caso, como o auxílio de um profissional de educação e saúde, da escola, da família, enfim, elementos estes que proporcionarão à criança lidar melhor com o seu transtorno, tendo em vista que o principal agente capaz de superar e entender o problema a própria criança ou jovem.

No entanto, em se tratando de socialização da criança autista o objetivo será favorecê-la no contato com outras crianças e adultos criando situações de integração, procurando observá-la em suas atividades para tentar manter o contato com ela, percebendo o intervalo através de objetos, brinquedos, fantoches e de outra forma mais adequada para fazer o contato com a criança.

Tais crianças com distúrbios de aprendizagem, portanto, necessitam de acompanhamento sistemático tanto por parte dos pais, da escola, com também dos profissionais de psicopedagogia, além da equipe multidisciplinar como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e médico, de forma a permiti-la bom desempenho escolar e social.

Conclui-se que apesar dos estudos já realizados neste âmbito, há necessidade de mais investigação sobre as características inclusivas capazes de mobilizar os setores da sociedade, tanto na esfera da educação quanto na saúde, os profissionais de educação e saúde conscientes da necessidade de haver uma mudança, a fim de favorecer uma sociedade inclusiva, devem adotar postura firme para enfrentar opiniões contrárias, como as críticas que podem surgir de pais ou responsáveis preocupados com a possibilidade de seu filho perder a atenção do profissional para a criança que está sendo integrada.

2- COMO AGIR COM UMA CRIANÇA AUTISTA?

"Resistente a mudanças, hipersensível, com dificuldade para o contato físico, mas principalmente singular. Assim é o indivíduo com autismo, transtorno que se manifesta em diferentes níveis sendo, portanto, equivocado generalizar a condição das crianças com o transtorno. É preciso analisar caso por caso.

No entanto, mesmo que você não seja um estudioso do assunto, basta estar atento determinadas características para saber como estabelecer um contato amigável.

Confira abaixo algumas dicas do professor de Psicologia Reginaldo Daniel da Silveira, do Centro Universitário Autônomo do Brasil (Unibrasil), que podem te ajudar nesse contato:"

"Saiba como se comunicar: ao falar com a criança autista, procure modular a voz, fazendo entonações que a ajudem a identificar emoções. Gesticule de maneira a mostrar que você tem interesse em entendê-la. "Use palavras simples e curtas, expresse-se usando olhos, boca, nariz e corpo. Converse sobre assuntos que agradem ela e tenha paciência, dando tempo para a criança processar as informações", explica Silveira.

Desperte a atenção: aproveite os momentos em que ela está relaxada. Use estímulos visuais criando ambientes físicos, minimizando estímulos de distração como luz e sons, por exemplo. Figuras, imagens de objetos e paisagens podem facilitar sua aproximação. Além disso, demonstre que você se importa com a presença dela naquele lugar.

Brinque com ela: o professor explica que lojas especializadas oferecem pela internet, produtos para atividades com crianças autistas. No entanto, ele indica que papel, papelão, balde e potes podem muito bem ser utilizados como brinquedos, porque se tornam ilimitados pela criatividade."

"Conte histórias: conte histórias para a criança usando um repertório de gestos, olhares e tons de voz. Esse pode ser um jogo bem produtivo, porque incentiva a concentração sobre a história, enriquece a linguagem e favorece o vínculo."

"Cuidado ao toque e com as palavras: a criança autista é hipersensível. Então cuide com a intensidade da voz, com os gritos e até abraços. Ao perceber que uma determinada palavra a incomoda, procure estudar o que isso pode significar para a criança. Tudo o que você falar, explique palavra por palavra.

Ajude-a quando ela se assustar: descubra o que a assustou. Se for um ruído, veja se consegue eliminar esse estímulo. Se ela se debater ou sacudir o corpo, afaste objetos que possam machucá-la. Ao proteger a cabeça da criança, pegue-a no colo ou deixe uma almofada ou travesseiro sob sua cabeça. "Para acalmá-la você pode fazer uma pequena massagem nas têmporas, nos ombros nas costas ou pés. Se puder permita que ela ouça uma pequena canção acompanhada de movimentos suaves e cuidadosos", recomenda o professor.

Quando for necessário quebrar a rotina: a criança autista pode ter resistência a mudanças e uma rotina modificada por provocar reações como comportamentos repetitivos. Para quebrar rotinas dessa criança, apresente sinais de transição (objetos, gestos), use um timer, uma campainha para a criança se acostumar com uma mudança de atividade. Se for de um lugar para o outro, explique como, quando e para onde ela está indo."

"Incentive o contato com outras pessoas: manter objetos de agrado da criança à sua vista, mas inalcançáveis, fazem com que ela tenha de se comunicar com adultos para conseguir o que quer.

Apresente um amigo animal: de acordo com o especialista, estudos recentes, como o da Universidade de Missouri (EUA), indicam melhoria no tratamento de crianças autistas através do contato com cães. Elas se sentem à vontade para agir com os animais e isso acaba estimulando habilidades sociais. Entre os ganhos obtidos nos diversos estudos feitos, aponta-se a melhora na socialização e comunicação, redução do isolamento e solidão, estímulo de afeição e prazer, melhora do humor, da atenção, da aprendizagem e na expressão de sentimentos e confiança.

"Desde 2007, a ONU instituiu o dia 2 de abril como o Dia Mundial de Conscientização do Autismo. Isso porque ainda há bastante preconceito em relação ao autismo, mesmo que o conhecimento médico sobre o assunto seja vasto. Inclusive, a necessidade de conscientizar o maior número possível de pessoas sobre o tema e o fato de que o transtorno afeta mais os meninos, transformou abril em Abril Azul. De acordo com a ONU, hoje, uma em cada 68 crianças apresenta algum transtorno do espectro do autismo."

PRÁTICAS DE CUIDADO COM FILHOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento, que afeta a comunicação e a interação social, associado a padrões restritivos e repetitivos de comportamento, de interesses ou atividades, gerando prejuízo significativo no funcionamento social e adaptativo (APA, 2013).

Ter um filho com TEA demanda desafios para os pais, em função dos déficits sociais, dos comportamentos persistentes e dos problemas de comunicação. O desenvolvimento da criança e a promoção da sua saúde dependem também da capacidade de resposta de seus principais cuidadores às suas necessidades (Lim & Chong, 2017).

Conviver com o autismo pode representar para a família uma tarefa difícil, cansativa e, por vezes, dolorosa (Zanatta et al, 2014). Em sociedades ocidentais contemporâneas, é mais comum se atribuir à mãe o papel de principal responsável pelos cuidados e educação inicial da criança, sem que isso signifique desconsideração do papel do pai e de outros membros da família (López, 2015). As mães de filhos autistas podem absorver o mundo das crianças de tal forma que passam a relatar o seu cotidiano como o dos filhos, sustentando a sua vivência no modo de cuidar (Monteiro et al, 2008), e quando questionadas sobre o que necessitam para si, podem responder com demandas referentes aos seus filhos com TEA (Matsukura & Menecheli, 2011).

As decisões sobre as terapêuticas refletem a concepção sobre a doença, que por sua vez é moldada no contexto sociocultural (Uchôa & Vidal, 1994). A percepção do que é relevante, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação necessária para os profissionais de saúde é definida pelos conhecimentos biomédicos; para os indivíduos de uma comunidade, no entanto, as buscas terapêuticas são construídas pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas de pensar e agir frente a um problema de saúde específico (Uchôa & Vidal, 1994). No caso do TEA, as buscas de terapias por parte dos pais estão imersas em concepções que emanam do sistema médico popular e também da popularização do saber científico (Pondé & Rousseau, 2013).

O processo saúde-doença, para além do modelo biomédico, precisa também ser visto socioculturalmente, incluindo as multidimensões e subjetividades envolvidas, permitindo a ampliação de práticas e cuidados, tanto para os profissionais da saúde quanto para as pessoas assistidas, vistas como sujeitos ativos e protagonistas do seu processo saúde/doença (Amadigi et al, 2009).

Os pais desejam mais informações por parte dos profissionais a respeito do TEA, além de orientações sobre como cuidar dos seus filhos. Entretanto, as práticas das mães e dos pais nem sempre vão corresponder às orientações médicas ou de outros profissionais sobre o auxílio ao desenvolvimento dos seus filhos; conhecer estas práticas, compreender os seus sentidos e significados, se faz necessário para um

melhor diálogo entre as orientações biomédicas e o que de fato eles fazem no cotidiano com os seus filhos com TEA, podendo levar a uma assistência de melhor qualidade. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar as práticas de cuidado das mães e dos pais para com os seus filhos com TEA, através das suas narrativas.

MÉTODO

Estudo analítico, qualitativo, a partir de narrativas orais de mães e de pais de pessoas com TEA matriculadas em escola especializada, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. A amostra foi de conveniência, com voluntários e finalizou-se por saturação de dados.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, em sala reservada nas dependências da instituição, com duração de 13 a 117 minutos, com uma mediana de 35 minutos. As entrevistas seguiram um roteiro com seis perguntas, para este trabalho foram selecionadas as respostas às perguntas: “como é a sua vida e de sua família com o seu filho autista” e “que tipo de ajuda/tratamento/terapia você já procurou como forma de auxílio para as dificuldades apresentadas pelo seu filho”. As entrevistas ocorreram de 16.07.2015 a 16.11.2015, foram gravadas, realizadas e transcritas pela pesquisadora de modo fidedigno e serão guardadas com esta por cinco anos.

Fez-se uma leitura flutuante das narrativas, para memorização de todo o material coletado, seguiu-se uma leitura sistemática, para elaboração e codificação das categorias do estudo. Criou-se arquivos para cada categoria e cada fragmento de texto selecionado foi discriminado com a letra M ou P, referindo-se a uma mãe ou um pai, seguida de um número identificatório. Finda esta etapa, procedeu-se a análise e interpretação dos dados.

A análise de conteúdo das narrativas foi baseada nos “sistemas de signos, significados e ações”. Este modelo, elaborado por Corin et al em 1990, visa conhecer de modo sistemático as maneiras de pensar e agir de populações junto às quais se

quer intervir, entendendo que cada comunidade constrói o seu universo dos problemas de saúde, marca sintomas, privilegia certas explicações e encoraja certos tipos de reações e ações, além de compreender que existe continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los (Uchôa & Vidal, 1994). A partir das práticas referidas pelos participantes apontando o que era problemático e que estratégias usavam para solucionar o problema (Uchôa et al, 2002), identificaram-se os diferentes signos de adoecimento apontados, os significados atribuídos à experiência de doença e as práticas de cuidado daí resultantes (Nunes et al, 2008).

Este estudo foi aprovado em 13.07.2015, parecer 1.146.792, CAAE 44094515.9.0000.5544, pelo Comitê de Ética do Programa de Pós-Graduação da Escola de Medicina e Saúde Pública, de acordo com os requisitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2012). Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e assinaram previamente o Termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Características socio-demográficas

A amostra foi composta por 30 genitores, 21 mães e 09 pais, dentre estes, 03 casais. A idade dos pais variou de 30 a 50 anos, com uma média de 40 anos; todos eram casados; a cor da pele referida foi parda para 67%; 44% eram da religião católica, os demais tinham outras religiões; quanto à escolaridade, 44% completaram o segundo grau, 33% o terceiro; um deles estava desempregado; a renda familiar foi em média de três salários. A idade das mães variou de 21 a 82 anos, média de 39 anos; 57% eram casadas; a cor da pele referida foi parda em 71%; 29% não tinham religião, 29% eram católicas; 62% completaram o segundo grau; 67% estavam desempregadas; a renda familiar foi em média de dois e meio salários mínimos. Ao longo das entrevistas, ficou claro que as mães eram, em sua maioria, as cuidadoras principais. Em poucas

situações, o cuidado com o filho portador de TEA é dividido entre mãe e pai e apenas dois pais eram os cuidadores principais.

Categorias de Análise

Sobre as práticas de cuidado, selecionou-se as categorias: práticas relativas às atividades da vida diária, práticas relativas ao comportamento, práticas relativas ao estímulo do desenvolvimento, práticas de tratamento com profissionais de saúde. A categoria práticas relativas à escola foi abordada em estudo anteriormente publicado (Aguar & Pondé, 2017).

Práticas relativas às atividades da vida diária

Os informantes referiram *signos de adoecimento* relacionados com as dificuldades na vida diária com o filho: não sabe se cuidar sozinho, é lento, não tem bom convívio social, fica agitado com determinado alimento, acalma com um dado alimento, recusa alguns alimentos. As práticas relativas às atividades da vida diária (AVDs) dos filhos com TEA, como cuidados com a higiene corporal, alimentar-se, vestir-se, foram atividades, em sua maioria, realizadas com a orientação e ajuda das mães, às vezes fazendo por eles, pois os filhos não sabiam como fazê-las direito ou as faziam lentamente; a ajuda dos pais apareceu em um número mínimo de casos.

Preocupações com a higiene e o controle do esfíncter urinário foram as AVDs mais abordadas necessitando de acompanhamento do cuidador principal.

“Escovar os dentes ele sabe, mas às vezes a gente intervém pra acelerar, pra poder trazer ele pra cá ou pra outros locais, aí a gente termina fazendo a escovação” (P9, filho autista com 10 anos).

A preocupação em ajudar os filhos a serem mais independentes com as AVDs apareceu nas narrativas de alguns pais e mães, descrevendo práticas facilitadoras. Atitudes disciplinares surgiam na tentativa de promover alguma independência e uma boa convivência social.

“Ele tem que aprender a viver em sociedade, [...], ele abre a geladeira, pega as coisas que ele quer comer, [...], come no prato de vidro, bebe em copo de vidro, eu ensino ele a comer de colher. [...]. Ele sabe que se tiver atitude errada, que ele vai pra disciplina, a gente chama pra conversar. Eu coloco ele sentado no sofá e mando ele olhar no meu olho, ele fecha o olho, eu digo se você fechar o olho eu também vou fechar, aí ele diz então fale logo, aí eu olho no olho e explico a ele” (M17, filho autista com 8 anos).

Os poucos pais e mães que falaram sobre a alimentação dos filhos com TEA informaram que alguns alimentos melhoravam ou pioravam o comportamento, costumando evitar estes últimos e intervindo para que a alimentação ocorresse de maneira menos problemática. Narraram também tensões vivenciadas durante a alimentação de seus filhos.

“Eu já tive embates seríssimos com ele pra dar comida. [...]. Eu tinha que segurar ele pra dar comida senão ele ficava o dia todo sem comer, e era uma tortura, pra mim, aquilo me dilacerava [...]” (M16, filho autista com 5 anos).

Práticas relativas ao comportamento

Comportamentos inadequados, *signos do adoecimento*, de seus filhos que dificultam a convivência social foram citados por muitos dos informantes, como dá piti, manias, apego à rotina, dificuldade em aceitar limites, agitação, exigindo práticas específicas para amenizá-los. Conter, dar limites, bater, agir com firmeza, não fazer a vontade do filho, evitar levar em alguns ambientes, mas também dar atenção, ter paciência e conversar, esclarecer as coisas falando olho no olho, foram práticas citadas. Justificam práticas disciplinadoras no âmbito corporal como parte do seu tratamento.

“Levo ele em parques, zoológico, praia, praças, casa de parentes. [...]. Às vezes dentro do ônibus ele dá os pitis dele, quem tá em volta tá vendo e às vezes eu tenho que conter os braços dele, segurar” (P1, filho autista com 8 anos).

Práticas relativas ao estímulo do desenvolvimento

Foi marcante a influência das orientações dos profissionais de saúde nas práticas dos pais em suas residências, para contribuir com o desenvolvimento dos seus filhos com TEA. Mães faziam em casa o que aprendiam na internet, nos espaços pedagógicos e/ou de tratamento, como incentivar o uso de materiais para aprender a ler e escrever e para estímulo sensorial e motor (tinta, massa de modelar, gangorra, lápis, caneta, papel e letras).

Para o *signo dificuldade na fala*, alguns pais usam práticas para estimular os filhos a falar e para se fazerem compreender: perguntar o que querem e o nome das coisas muitas vezes, forçando-os a falar, olhar no olho, falar com os filhos mesmo que eles não falem, dar opções para que eles indiquem as suas preferências.

“Eu pesquiso na internet, tudo que eu vejo em relação à pedagogia, a forma de lidar, converso com a TO, ela quem começou a me dar um norte para trabalhar com ele o sensorial, o espaço, colocar nos ambientes coisas que exijam mais o sensorial, massa de modelar, tinta” (M8, filho autista com 4 anos).

“Como ele não fala, no almoço, ele gosta de feijão puro, quando a gente bota o arroz, ele vem e segura a nossa mão. Aí eu digo o que você quer? Você quer isso aqui? Aí ele balança não com a mão, então eu já sei. [...]. A gente tá forçando ele a falar, quando ele quer farinha ele mostra, aponta, eu digo quer o quê? Aí ele: “fainha”, a gente força, ele fala. [...] Eu falo com ele olho no olho, ele entende, ele não é besta” (P7, filho autista com 12 anos).

Práticas de tratamento com profissionais de saúde

Dentro das práticas de tratamento, foram selecionadas as subcategorias tratamento médico e tratamento com outros profissionais de saúde. Sobre o tratamento médico, mais da metade das crianças usavam medicamentos. Se não usavam, os pais justificavam que eles não precisavam por serem calmos, ou terem menos de quatro anos. As mães, em sua maioria, eram as responsáveis por levar seus filhos aos atendimentos médicos e outros.

Agitação, agressividade, nervosismo, insônia, falar sozinho, falta de concentração, foram *signos do adoecimento* que justificavam o uso de medicamentos. A maioria apontou melhora com o uso dos mesmos. Dos medicamentos citados, a risperidona é usada pela maioria dos filhos com TEA, isolada ou combinada a outros. Apesar da maioria reconhecer a melhora dos sintomas, alguns apontaram efeitos colaterais como sonolência e agitação.

“Ele toma risperidona e fenergan, mas eu relutei muito. Até 10 anos de idade meu filho era um, eu não aceitava dar medicamento, eu lia e ficava apavorada, depois de 10 anos quando eu passei a usar, o meu filho se tornou outra criança” (M9, filho autista com 22 anos).

O uso das medicações, no entanto, é incorporado pelas mães e/ou pais à sua maneira. Alguns alteram a prescrição por conta própria, reduzindo a dose, ou retirando um dos medicamentos prescritos. Outros, receavam que os filhos ficassem dopados, ou resistiam ao uso de remédios por não tratarem o autismo. Assim, a prescrição médica é mediada pelas crenças e visões de mundo dos pais, resultando numa prática que necessita de maiores estudos.

Sobre o tratamento com outros profissionais de saúde, a maioria referiu que leva, ou levou, o filho com TEA para diversos profissionais, quando não observaram resultado pararam com o tratamento, entenderam ser uma perda de tempo; quando persistiram, a não ser em situações de muita gravidade, a melhora foi geralmente percebida.

“Antes daqui da AMA, ele fez fono, TO, psicóloga, dois anos, ele melhorou, começou a falar direito” (M18, filho autista com 9 anos).

Alguns informantes peregrinaram por diferentes serviços, até conseguir iniciar o tratamento de seus filhos. Poucos citaram tentativas de intervenção com terapias complementares (como dieta do glúten, medicamentos florais), contudo, sempre associadas com terapias convencionais.

DISCUSSÃO

Sobre as práticas relativas às atividades da vida diária, como encontrado no presente estudo, Sifuentes & Bosa (2010) identificaram uma tendência dos pais auxiliarem ocasionalmente nas situações da vida diária, sendo as mães as que assumiam as tarefas de forma constante. Blanche et al (2015) observaram que, enquanto os pais não estavam envolvidos, as mães e outras mulheres no lar asseguravam o cuidado da criança.

Matsukura & Menecheli (2011), como em nosso estudo, apontaram nas mães, dificuldades em lidar com os comportamentos de agressividade e birra, e os relacionadas a higiene e controle de esfíncter, necessitando de orientações de como agir. Estudo de Semensato et al (2010) relataram dificuldades em compreender e manejar comportamentos dos filhos como rasgar as próprias roupas, agitação no banho e no vestir-se, rejeitar alimentos, se autoagredir, gerando sensação de impotência, irritação, redução do autocontrole e comportamentos coercitivos como brigar ou bater. Favero-Nunes & Santos (2010) apontaram que para lidar com a agressividade e a agitação psicomotora dos filhos com autismo, as mães citaram tolerância, paciência, amor, busca de tratamento medicamentoso, psicoterapêutico e reeducativo, além de suporte institucional. Matsukura & Menecheli (2011) e Meimes et al (2015) apontaram como uma das maiores dificuldades para lidar com o filho autista, o comprometimento na comunicação, o que também surgiu em nosso estudo.

Estudo de Lázaro & Pondé (2017) observou que na tentativa de evitar comportamentos inadequados ou desgastantes relativos às preferências alimentares, os pais costumam respeitar as escolhas de seus filhos com TEA, podendo com isso estimular uma alimentação restrita.

O nosso estudo apontou melhora do comportamento dos filhos com TEA com o uso de medicamentos, sendo a risperidona, o mais usado. Leite et al (2015) descreveram que segundo relato dos pais, após a intervenção farmacológica houve um avanço na qualidade de vida dos filhos e uma redução de sintomas. Fernandes et al (2017) encontraram uma frequência de 96% de pacientes autistas acompanhados numa

instituição de uma cidade do interior da Bahia, utilizando medicamento, 41% destes em uso de risperidona. Leite et al (2015) apontaram a risperidona como o medicamento mais usado em crianças com TEA.

Sobre a prática de tratamento com outros profissionais de saúde, como neste estudo, Leite et al (2015) encontrou que é possível amenizar alguns dos sintomas do TEA através de um ou mais métodos terapêuticos, que podem ser aplicados individualmente ou em conjunto.

CONCLUSÃO

Os *signos de doença* apontados pelas mães e pelos pais refletem não só diagnóstico médico do transtorno do espectro autista, mas sobretudo as dificuldades que estes encontram na vida diária com os seus filhos. As práticas de cuidado com os seus filhos são norteadas pelo sistema médico tradicional, mas também pelo sistema popular, visando melhores resultados nos seus filhos. Quando esses resultados não ocorrem, as práticas são revistas, buscando sempre novas possibilidades.

Os dados apontam para a importância do diálogo do modelo biomédico com as crenças e práticas das mães e dos pais sobre como melhor cuidar e tratar de seus filhos com TEA. Ao pensar as intervenções clínicas com estes, deve-se evitar o centramento apenas nos sinais médicos do transtorno e atentar também para o que é problemático para os genitores, o que irá gerar uma melhor orientação do cuidado das pessoas com TEA e uma abertura para aprender com o saber de quem lida no dia a dia com os problemas de um desenvolvimento desafiador como é o autismo.

3- O MÉTODO TEACCH EM SALA DE AULA

Este modelo é utilizado como estratégia pelo Modelo D.I.R. Em 1966, foi criado, na Universidade da Carolina do Norte pelo professor Eric Schopler e a sua equipa, o Modelo TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Deficiências relacionadas à Comunicação). Este modelo surgiu com o propósito de promover respostas eficazes de aprendizagem de crianças com autismo, apelando assim, a uma intervenção específica, caracterizada por uma adequação do ambiente, no sentido de reduzir a ansiedade e, deste modo, potencializar aprendizagens.

É um modelo que dá ênfase à importância da colaboração entre os pais e os técnicos, sendo as equipas constituídas por:

- Família dos alunos;
- Órgãos de gestão dos agrupamentos de escolas ou escolas;
- Os docentes de educação especial do agrupamento;
- Os docentes do grupo, turma ou disciplina do aluno;
- Terapeutas e psicólogos pertencentes ao agrupamento ou a outro serviço;
- Serviços da comunidade que se considerem necessários para responder às necessidades individuais dos alunos.

O modelo TEACCH é um modelo acente nos pressupostos de estruturação e adequação do ambiente, com o objectivo de diminuir comportamentos disruptivos e, assim, potencializar a aprendizagem. A estruturação é encarada como a chave do sucesso deste modelo. Crianças com P.E.A apresentam problemas como dificuldades seleccionar a atenção. Esta dificuldade surge em crianças autistas como consequência de uma grande dificuldade em compreender qual a informação mais relevante no contexto que as rodeia e, daí, o fracasso em captar a sua atenção. Para além disso os autistas, tem muito dificuldade em estabelecer uma estrutura interna que lhes permita evidenciar comportamentos adequados e de acordo com o contexto onde se encontram. São crianças que, como não conseguem, por si, organizar-se, precisam de ajuda para o fazer e, por esta razão surge a importância de um ambiente bem organizado e estruturado que lhes permita funcionar de um modo

mais equilibrado. Apresentam também, uma grande dificuldade em seguir regras e em fazer generalizações. Assim, dever-se-á proceder a uma organização do espaço que contemple actividades adequadas e rotinas rígidas. Tal permitirá uma previsibilidade do meio e, conseqüentemente, uma diminuição dos problemas comportamentais.

Uma sala de Modelo TEACCH está organizada de modo a aumentar o trabalho independente da criança e ao mesmo tempo, fornecer padrões de referência que serão garantidos pela estruturação da sala de aula. Para esta estruturação são utilizadas fundamentalmente estruturas visuais (As crianças com autismo parecem apresentar boas capacidades de processamento visual) visto ser realizado muito recurso à imagem e aos estímulos visuais. O modelo TEACCH não é uma abordagem única é um programa que tenta responder às necessidades do autista usando as melhores abordagens e métodos disponíveis. Os serviços oferecem desde o diagnóstico e aconselhamento precoce de pais e profissionais até Centros Comunitários para adultos com todas as Etapas Intermediárias: Avaliação Psicológica, Salas de Aulas e Programas para Professores.

“A criação de situações de aprendizagem estruturada minimiza as dificuldades de organização e sequenciação, proporcionando segurança, confiança e ajuda a criança/ jovem com PEA a capitalizar as suas forças.”

Uma sala de Recursos TEACCH deve-se encontrar no interior de uma escola de ensino regular promovendo assim, a integração destas crianças. Posto isto, as crianças com PEA encontram-se incluídas em turmas do ensino regular, contudo, por alguns períodos de tempo frequentam a sala de recursos TEACCH, voltando posteriormente para a sua turma base. Ao frequentarem esta sala estes alunos poderão assim desfrutar deste recurso pedagógico criado pela escola para eles. Uma sala TEACCH não deve possuir um número superior a seis crianças.

Aplicação do Modelo TEACCH

Numa primeira etapa é elaborada uma avaliação da criança a partir do Perfil Psico Educacional Revisto (PEP-R criado por Eric Schopler). Este fornece, informação sobre o nível de funcionamento em cada área de desenvolvimento, quais as suas capacidades emergentes (nem sempre evidentes, surgindo apenas se estimuladas) e ainda a existência ou ausência de comportamento patológico. Baseado nesta avaliação e em dados retirados do dia a dia da criança, no contexto escolar e familiar, é depois realizado um Programa Educativo com objectivos estabelecidos para ela executar através de uma planificação de intervenções individualizadas. As crianças autistas parecem apresentar boas capacidades visuais e más capacidades auditivas. Assim, as estratégias criadas a nível dos défices sensoriais passarão pela criação de um grande suporte visual e promoção de um ensino individualizado, diminuindo a quantidade de estímulos distractores.

Assim, as principais vantagens dos professores ao utilizar este método serão conseguir estabelecer objectivos, planejar tarefas apropriadas para a criança, avaliar as competências adquiridas, podendo desta forma, estruturar e objectivar a intervenção educativa.

Segundo Schopler existem quatro componentes principais do ensino estruturado:

Estruturação Física

Este primeiro componente refere-se à disposição física da sala, às áreas de trabalho e a necessidades individuais de cada criança que levam à adaptação de estratégias físicas, por exemplo, marcar no chão o local da cadeira frente à secretária.

Uma sala TEACCH é habitualmente constituída por seis áreas de trabalho:



Ilustração 1 - Área de Trabalho “Aprender”

Gikovate, C., *Método TEACCH para pais*, acessido em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos em:

http://www.carlagikovate.com.br/index_arquivos/Page790.htm

1.Aprender

Nesta área dá-se ênfase ao ensino individualizado, onde o aluno se encontra de frente para o professor e de costas para situações de distração, facilitando assim, a interacção e a focalização do olhar. Tem como principais objectivos o desenvolvimento de novas aprendizagens, da atenção e da concentração.



**Ilustração 2 - Área de Trabalho
'Trabalhar'**

(Siqueira, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro
das 20 horas e 30 minutos em:

http://www.orientaokovate.com.br/index_arquivos/Page/261.htm

2.Trabalhar

É uma área de trabalho individual e autónomo, que permite uma focalização da atenção nos aspectos importantes das diversas tarefas, ao diminuir os estímulos exteriores. Apresenta uma planificação de tarefas, que se encontram organizadas em caixas individuais, o que permite que a criança saber quais as actividades a realizar e a sua correcta sequência

3.Brincar

Local onde a criança deve brincar ou ainda aprender a brincar. Tem por objectivo



Ilustração 3 - Área de Trabalho “Brincar”

Gikoyate, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos em:
http://www.carlaagikoyate.com.br/index_arquivos/Page790.htm

proporcionar à criança o seleccionar de brincadeiras e desta interagir com outras crianças. É assim uma área de relaxamento e lazer que permitirá às crianças realizar um planeamento e uma imitação das actividades da vida diária. É um local que se encontra apetrechado de material, como brinquedos, espelhos, música, almofadas, etc.

4.Computador

Zona onde a criança terá acesso a computadores. Tal estimulará



Ilustração 4 - Área de Trabalho "Computador"
Sokolovate, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos http://www.sokolovate.com.br/index_arquivos/Page790.htm

as competências de atenção e de concentração.



Ilustração 5 - Área de Trabalho "Trabalho de Grupo"
Sokolovate, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos http://www.sokolovate.com.br/index_arquivos/Page790.htm

5.Trabalhos de Grupo

Esta área tem como objectivo estimular a interacção social, tendo como ponto de

partida a estimulação do trabalho e da partilha em grupo o que poderá conduzir a uma maior diversificação de actividades.



Ilustração 6 - Área de Trabalho “Reunião”

Silva, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos em:
http://www.carlaqiskovate.com.br/index_arquivos/Page790.htm

6.Reunião

É a zona onde ocorre a exploração dos objectos, das imagens, dos sons. Tem por objectivo, promover o desenvolvimento de competências ao nível das noções espacio- temporais, autonomia e compreensão de ordens verbais.



Ilustração 7 - Área de Transição

Gilvane, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos em:
http://www.carlaokovate.com.br/index_arquivos/Page/9U.htm

7.Área Transitória

Local onde se encontram os horários individuais de cada aluno. É a esta área que se devem dirigir quando terminarem uma actividade para consultarem qual será a próxima tarefa a realizar.

“Não esquecer que:quanto mais estruturado e organizado for o ambiente de um aluno com autismo, maior a previsibilidade ... quanto maior a previsibilidade, menor a ansiedade, maior a motivação, maior o sucesso.”

Informação

Visual

Segundo componente refere-se à informação visual da própria sala e à informação visual do próprio aluno. Relativamente à sala devem estar bem identificadas as áreas de trabalho para que a criança consiga perceber qual o local onde vai realizar as actividades. Para o aluno devem ser delineados horários visuais e claros para auxiliarem a criança. Estes horários têm por objectivos minimizar os problemas de atenção e de memória destas crianças, diminuir problemas de noção do tempo e de organização, evitam a

linguagem receptiva e assim promovem uma maior participação das crianças nas actividades.

Estes horários devem ser construídos com imagens, palavras e objectos de forma a mostrar que actividades o aluno deve realizar e qual a sua sequência, possibilitando uma maior independência e autonomia, diminuindo situações de desorganização interior e crises de angústia.



Ilustração 8 - Exemplo de um horário individual de um aluno
Giovate, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 50 minutos ggy;
http://www.garizagiovate.com.br/index_arquivos/Page/761.htm

Plano de Trabalho

Plano onde estão delineadas as tarefas a realizar em cada área de trabalho. É composto por imagens, palavras e objectos e permite ao aluno saber quais as tarefas a realizar, a ordem e o número de tarefas e ter a noção do tempo que possui para a terminar.

Tem como principais objectivos auxiliar a criança a entender o que é esperado dela, a organizar-se e a realizar as tarefas propostas.

Pistas**Facilitadoras****do****Ilustração 10 - Pistas Facilitadoras do Desempenho**

Gilvate, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos em: http://www.carlagilvate.com.br/index_arquivos/Page/10.htm

Desempenho

São pistas que têm como função ensinar as crianças autistas a olharem e perceberem instruções. Podem ajudar as crianças a perceberem de que forma poderão utilizar determinados objectos, por exemplo. Devem de estar adaptadas ao nível desenvolvimental da criança e adequadas aos objectivos estabelecidos para a mesma. Constituem ferramentas de extrema importância para o ensino destas crianças.

Para além de tudo isto os professores devem ter em conta que cada programa educativo depende da idade, das capacidades e das necessidades de cada criança e que as aprendizagens devem ser feitas por etapas, nunca introduzindo uma nova actividade sem que a anterior tenha sido terminada. Um ponto também muito importante a considerar é introduzir em actividades da vida diária tarefas, também estas por etapas e com uma sequencia apropriada às características

individuais

de

cada

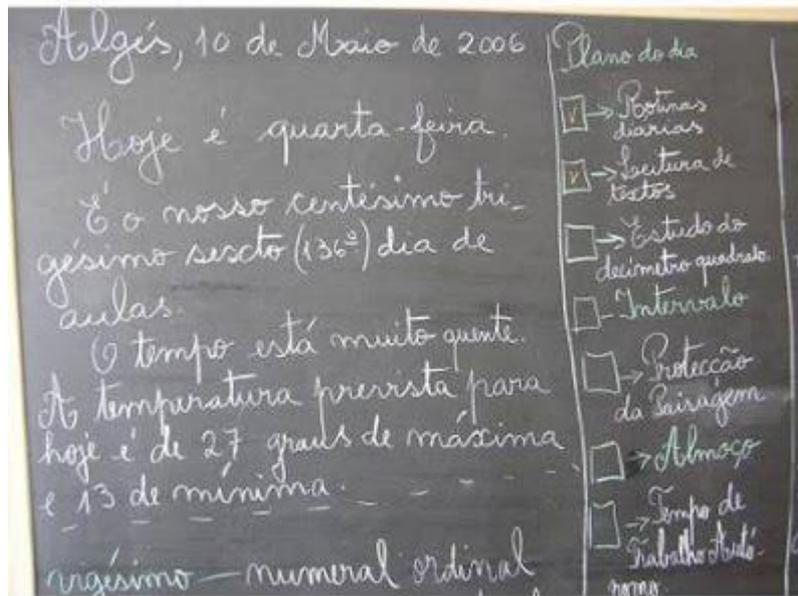


Ilustração 11 - sumário elaborado no quadro da sala de aula

Sérgio, C., Método TEACCH para pais, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos egg;
http://www.ortografia.com.br/index_arquivos/Page790.htm

criança.

Quando as crianças adquirirem maior autonomia, poderão obter mais referências temporais utilizando um plano do dia ou de um sumário elaborado no quadro da sala que serve e beneficia toda a turma. Para elas também já não é necessária uma área de trabalho autónomo, conseguem estar na sala num lugar como os outros colegas sendo apenas praticadas algumas alterações/modificações no espaço físico ou em desempenhos do professor.

Quando as crianças com perturbações do espectro autista apresentam comportamentos disruptivos, como por exemplo, os comportamentos estereotipados, estes devem ser, até certo, ponto permitidos. Porém se a criança não consegue perceber qual o limite, poder-se-à através de tabelas de registo, fornecer à criança informação visual relativamente aos comportamentos adequados que deve seguir. Estas tabelas de registo constituem o uso do modelo TEACCH de uma forma pontual em que não é necessária sala de recursos TEACCH.



Ilustração 12 – Estratégias Individuais.
 Gikavale, C., Método TEACCH para PEB, acessado em 28 de Dezembro pelas 20 horas e 30 minutos em:
http://www.carlaelaborate.com.br/index_arquivos/Pag290.htm

Conclusão:

Para um professor o que se torna crucial realçar é que independentemente da sua etiologia o Autismo é um distúrbio do desenvolvimento que irá afectar todo o processo de aquisição de experiências. Assim, crianças com PEA. manifestam diferenças no modo como aprendem. Tudo aquilo que as outras crianças aprendem espontaneamente tem de lhes ser ensinado e explicado utilizando procedimentos de intervenção que reconheçam e procurem compensar essas dificuldades muito específicas. Desta forma, e de acordo com cada criança, deve ser elaborado um programa interventivo baseado numa estrutura externa que lhes proporcione pistas orientadoras do processo de aprendizagem. Esta deverá funcionar como uma estratégia que compense a sua dificuldade para aprender de forma espontânea e auto-orientada.

Apesar de esta sala ser um espaço para trabalhar com as crianças com P.E.A. está sempre aberta a qualquer aluno da escola que nela queira estar, seja para brincar, para ser ouvido, ou apenas para esperar que o seu professor chegue. A pouco e pouco ela é hoje um espaço de todos no qual se pratica a inclusão inversa.

É necessário também ter em conta que apesar de este modelo ter sido apenas abordado no âmbito escolar pode também ser utilizado pelos pais em casa.

Veja a seguinte apresentação sobre o Modelo Teacch



Utilização de software educativo

Outra abordagem:

Programa Loovas ou Análise Aplicada do Comportamento (em inglês ABA)

Foi desenvolvido por Ivar Loovas e utiliza métodos comportamentais para ensinar habilidades e reduzir comportamentos indesejados, ou seja, neste programa são considerados dois tipos de comportamentos os comportamentos excessivos, tais como os comportamentos obsessivos, e os comportamentos deficitários, como as capacidades comunicativas e sociais.

Assim, Análise Comportamental Aplicada utiliza métodos baseados em princípios científicos do comportamento para construir repertórios socialmente relevantes e reduzir repertórios problemáticos. Frequentemente, as crianças com Perturbação do Espectro Autista apresentam uma diminuição de comportamentos relevantes, como os sociais (tais como contacto visual, habilidade de manter uma conversa, verbalizações espontâneas), os académicos (pré-requisitos para leitura, escrita, matemática), ou de actividades da vida diária (habilidade de manter a higiene pessoal, de utilizar o WC). É também uma das características destas crianças apresentarem comportamentos em “excesso” como os comportamentos estereotipados.

Objectivos: Reduzir os comportamentos em excesso e desenvolver e aumentar os comportamentos que estão em défice.

Este programa tanto pode ser aplicado em casa como na escola.

Aplicação em Casa:

O programa deve começar antes da criança completar os 42 meses de idade.

- Normalmente a criança é ensinada em casa individualmente, por um terapeuta treinado para usar o programa e pelos pais e outros voluntários
- O ensino deve ser realizado em sessões de 10 a 15 minutos, seguido de um período de brincar, sendo depois realizada mais uma sessão de trabalho.
- A criança senta-se à mesa diante do terapeuta, onde este lhe dá instruções. Estas instruções podem ser acompanhadas de incentivo físico.
- Quando a criança dá as respostas esperadas é recompensada. Caso responda erradamente a resposta poderá ser ignorada ou poder-se-á realizar um intervalo;
- Para ensinar os comportamentos esperados são delineadas sequências ou exercícios;
- Os três primeiros objectivos são: “Venha cá”, “Sente-se” e “olhe para mim”;

Para a execução destes três objectivos é delineado um trabalho que pode envolver a imitação, comparação, nomeação de objectos e estimulação de actividades académicas pré-escolares.

Aplicação na escola:

É realizado por uma equipa multidisciplinar constituída por professores, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais e professores de educação física. Esta equipa irá tentar perceber quais as causas dos comportamentos “maus” e delinear objectivos tendo como base a ABA.

Assim o objectivo será ensinar à criança comportamentos alternativos que lhe permitam obter os mesmos resultados que obtinha quando realizava os seus comportamentos disruptivos.

Princípios Básicos do ABA na escola:

O ensino pode ser realizado individualmente ou em pequenos grupos. Quando se inicia um ensino individual o professor tem sempre como objectivo que

progressivamente o aluno consiga integrar-se em grupos pequenos (1:2), depois grupos grandes (1:5) e por ultimo a total inclusão da criança no ensino regular. Cada nova habilidade é ensinada (geralmente numa situação de um aluno com um professor) via a apresentação de uma instrução ou dica, e às vezes o professor auxilia a criança, seguindo uma hierarquia de ajuda pré-estabelecida. São ensinadas habilidades básicas como sentar, realizar contacto visual, esperar pela sua vez, imitar, seguir movimentos com os olhos e responder a instruções simples.

Quando a criança realiza a acção requerida pelo professor é-lhe dado reforço positivo. Um exemplo de reforço positivo é sempre que o aluno dá uma resposta correcta o professor entrega-lhe uma ficha (que pode ser feita de diferentes materiais, tais como fichas de plástico, figurinhas). O aluno junta um número específico de fichas e troca-as por guloseimas ou por brinquedo (s) predilecto (s). Quando a criança aprender a diminuir os seus comportamentos excessivos e aprender mais comportamentos correctos encontra-se apta a integrar escolas do ensino regular.

REFERÊNCIAS

[https://psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/criancas-com-autismo-no-processo-de-inclusao-comunicacao-alternativa-e-metodo-teacch#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20TEACCH%20\(Treatment%20and,pesquisa%20que%20procurou%20observar%20em](https://psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/criancas-com-autismo-no-processo-de-inclusao-comunicacao-alternativa-e-metodo-teacch#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20TEACCH%20(Treatment%20and,pesquisa%20que%20procurou%20observar%20em)>acesso em 14/08/2020

<https://www.semprefamilia.com.br/educacao-dos-filhos/como-agir-com-uma-crianca-autista/>>acesso em 14/08/2020

<http://www.polbr.med.br/2019/06/09/praticas-de-cuidado-com-filhos-com-transtorno-do-espectro-autista-caring-practices-for-children-with-autism-spectrum-disorder/>>acesso em 14/08/2020

<https://incluiragir.wordpress.com/porque-visitar-nos/o-que-e-o-modelo-teach/>>acesso em 14/08/2020