



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ASUNCIÓN
FACULDADE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y LA COMUNICACION**

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TÂNIA BECHARA ASFÓRA GALVÃO

**O DESENVOLVIMENTO DA AUTONOMIA DA
PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
DO AUTISMO – MÚLTIPLAS INTERVENÇÕES**

ASSUNÇÃO-PY

2022

TÂNIA BECHARA ASFÓRA GALVÃO

**O DESENVOLVIMENTO DA AUTONOMIA DA
PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
DO AUTISMO – MÚLTIPLAS INTERVENÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado da
Universidad Autónoma de Asunción - Faculdade Ciencias
de la Educación y la Comunicación, como requisito para
obtenção do título mestre em Ciências da Educação.

Orientador: Prof. Doutor Daniel González González
Universidad de Granada – España

ASSUNÇÃO-PY

2022

TÂNIA BECHARA ASFÓRA GALVÃO

**O DESENVOLVIMENTO DA AUTONOMIA DA PESSOA COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO – MÚLTIPLAS
INTERVENÇÕES**

Dissertação apresentada a Universidad Autónoma de Asunción - Faculdade Ciências de laEducación ylaComunicacioncomo requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Educação.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr.
Instituição que atua

Prof. Dr.
Instituição que atua

Prof^a.Dr^a.
Instituição que atua
Presidente da Banca Examinadora

Assunção, julho de 2022.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, a meu esposo Marcelo e minhas filhas Marcella e Robertta, que me incentivaram e deram força para realizar esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus que do princípio ao fim do curso esteve presente em todos os momentos me guardando na caminhada;

Ao meu pai (in memoriam) que sempre me incentivou pela busca do saber;

A minha mãezinha que sempre vê em mim alguém capaz de galgar os degraus da sabedoria;

As minhas filhas Marcella e Robertta pela paciência das horas que me ausentei em busca do saber;

A meu marido pelo apoio oferecido;

A todos os meus familiares que me apoiaram com palavras incentivadoras;

A doutor Daniel González González pela sua orientação e seu apoio para elaboração desta tese;

A todos os professores pelas excelentes contribuições ao longo do curso;

Aos meus colegas de curso pelas vivências partilhadas que me fizeram enriquecer como pessoa;

As mães, pais e professores de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo que foram matéria para a pesquisa;

A Prefeitura da Cidade do Recife que abriu suas portas para a pesquisa; e

A todos, enfim, que de forma direta e indireta contribuíram e acreditaram em mim durante esta trajetória.

*Não sou surdo,
E no meu mundo
Quem quiser entrar
Vou agora ensinar.
Ajuda-me,
Organiza-me,
Diga-me o que vai fazer
Antes que se aproxime.
Sua angústia
Angustia-me.
Eu tenho um ritmo próprio
Se tiver paciência,
Mostro-lhe minha valia.
Não fale depressa,
Nem em demasia,
Fale de forma calma
Seja pra mim um guia.
Quero compartilhar
O prazer de fazer bem,
Mostra-me o meu acerto
Que eu quero te agradecer.
Às vezes não consigo
Entender o que me pedem
Mostra-me o sentido concreto.
Não me deixe alheio,
Fico no meu mundo
Mas não me deixe só
Conto com você
Para que me leve ao teu.
Além de autista
Sou criança,
De nada tenho culpa
E não lhe culpo também,
Só quero que me aceite
Só quero que me queira bem.*

Tânia Bechara

“Não acreditemos no destino como uma fatalidade inscrita nas estrelas, e sim que essas inscrições podem ser modificadas.”

Sigmund Freud

“Não estou interessado na doença, mas sim no ser humano pessoa como nós, em cada caso com uma história, com um ambiente que é puro e simplesmente mau ou bom”.

Winncott

“Quando os astronautas foram à lua, que coincidência eu também estava lá. Fugi de casa, do barulho da rua pra recompor meu mundo bem devagar. Que lugar mais silencioso eu poderia no universo encontrar. Que não fossem os desertos da lua pra recompor meu mundo bem devagar”

(“No mundo da lua”-Biquíni Cavado – Álvaro, Bruno, Miguel e Sheik)

RESUMO

Bechara Asfóra Galvão, Tânia (2020). O Desenvolvimento da Autonomia da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo – Múltiplas Intervenções. Universidad Autónoma de Asunción - Facultad Ciencias de la Educación y la Comunicación – UAA, Assunção, Paraguai.

Esta tese objetivou pesquisar a relevância de Múltiplas Intervenções no desenvolvimento da Autonomia da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo - TEA. Nesse sentido, buscamos as relações familiares das pessoas que tenham entre seus membros uma pessoa com TEA, a estimulação precoce e a inclusão escolar. No que tange a pesquisa com as famílias foi realizada uma amostragem com 82 famílias, onde buscamos identificar como estão as relações que as permeiam, sob o aspecto da Autonomia, por ser uma das dificuldades vivenciadas pela pessoa com TEA. Em relação à inclusão escolar foram apresentados os dados do Município do Recife-PE-Brasil e o levantamento do desenvolvimento da Autonomia do estudante com TEA através das professoras do Atendimento Educacional Especializado. A metodologia desse estudo foi de forma quantitativa desenvolvida através de um método descritivo por pesquisa, com aplicação de questionário e teste psicológico, mediante levantamento dos dados com reflexões dos mesmos, além de todo um apanhado teórico, para instigar a pesquisa. O embasamento científico foi através dos preceitos da Teoria Psicanalítica, onde buscamos explicar como a pessoa se constitui como sujeito e assim compreender as vivências das relações familiares e o “fracasso dessa constituição” no Transtorno do Espectro do Autismo. Paralelamente aos preceitos psicanalíticos buscamos em outras teorias apoio que nos fizeram elucidar acerca do transtorno e assim contribuir para minimizar a desestruturação vivenciada pela pessoa que possui o espectro. No estímulo precoce encontramos caminhos para a reestruturação do sujeito. A relevância da pesquisa está em ter demonstrado que é importante a pluralidade de ações e de intervenções distintas que minimizem os aspectos que se encontram prejudicados nesse transtorno. Dessa forma, buscamos potencializar os aspectos positivos possibilitando que a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo desenvolva da melhor maneira possível sua Autonomia.

Palavras-chave: Autismo. Autonomia. Educação. Estimulação Precoce. Família.

RESUMEN

Bechara AsfóraGalvão, Tânia (2020). El desarrollo de la autonomía de Persona con trastorno del espectro autista: intervenciones múltiples.

Universidad Autónoma de Asunción - Facultad de Educación y Comunicación - UAA, Asunción, Paraguay.

Esta tesis tuvo como objetivo investigar la relevancia de las intervenciones múltiples en el desarrollo de la autonomía de la persona con trastorno del espectro autista - TEA. En este sentido, buscamos las relaciones familiares de las personas que tienen una persona con TEA entre sus miembros, estimulación temprana e inclusión escolar. Con respecto a la investigación con familias, se realizó una muestra de 82 familias, donde buscamos identificar cómo son las relaciones que las impregnan, bajo el aspecto de Autonomía, ya que es una de las dificultades experimentadas por la persona con TEA. En relación a la inclusión escolar, se presentaron datos de la Municipalidad de Recife-PE-Brasil y una encuesta sobre el desarrollo de la Autonomía Estudiantil con TEA a través de los docentes de Servicios Educativos Especializados. La metodología de este estudio se desarrolló cuantitativamente a través de un método descriptivo por investigación, con la aplicación de un cuestionario y una prueba psicológica, mediante la encuesta de los datos con reflejos de los mismos, además de una descripción teórica, para instigar la investigación. La base científica se basó en los preceptos de la teoría psicoanalítica, donde buscamos explicar cómo se constituye la persona como sujeto y así entender las experiencias de las relaciones familiares y el "fracaso de esta constitución" en el trastorno del espectro autista. Paralelamente a los preceptos psicoanalíticos, buscamos en otras teorías el apoyo que nos hizo dilucidar sobre el trastorno y, por lo tanto, contribuir a minimizar la interrupción experimentada por la persona que tiene el espectro. En los primeros estímulos, encontramos formas de reestructurar el tema. La relevancia de la investigación radica en haber demostrado que la pluralidad de diferentes acciones e intervenciones es importante para minimizar los aspectos que se ven afectados en este trastorno. Por lo tanto, buscamos mejorar los aspectos positivos al permitir que la persona con trastorno del espectro autista desarrolle su autonomía de la mejor manera posible.

Palabras clave: autismo. Autonomía Educación | Estimulación precoz. Familia

ABSTRACT

Bechara Asfóra Galvão, Tânia (2020). The Development of the Autonomy of Person with Autism Spectrum Disorder - Multiple Interventions. Universidad Autónoma de Asunción - Faculdade Ciências de la Educación y la Comunicación – UAA, Assunção, Paraguai.

This thesis aimed to research the relevance of Multiple Interventions in the development of the Autonomy of the person with Autism Spectrum Disorder - TEA. In this sense, we seek the family relationships of people who have a person with ASD among their members, early stimulation and school inclusion. Regarding the research with families, a sampling of 82 families was carried out, where we seek to identify how the relationships that permeate them are, under the aspect of Autonomy, as it is one of the difficulties experienced by the person with ASD. In relation to school inclusion, data from the Municipality of Recife-PE-Brazil and a survey on the development of Student Autonomy with ASD through the teachers of Specialized Educational Services were presented. The methodology of this study was quantitatively developed through a descriptive method by research, with the application of a questionnaire and psychological test, by means of surveying the data with reflections of the same, in addition to a theoretical overview, to instigate the research. The scientific basis was based on the precepts of Psychoanalytic Theory, where we seek to explain how the person is constituted as a subject and thus understand the experiences of family relationships and the “failure of this constitution” in Autism Spectrum Disorder. In parallel with the psychoanalytic precepts, we sought in other theories support that made us elucidate about the disorder and thus contribute to minimize the disruption experienced by the person who has the spectrum. In the early stimulus, we find ways to restructure the subject. The relevance of the research is in having demonstrated that the plurality of different actions and interventions is important to minimize the aspects that are impaired in this disorder. Thus, we seek to enhance the positive aspects by enabling the person with Autism Spectrum Disorder to develop their Autonomy in the best possible way.

Keywords: Autism. Early stimulation. Family. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 MARCO TEÓRICO	17
1.1 Conceitos Psicanalíticos.....	18
1.1.1 A história da psicanálise	18
1.1.2 Técnica psicanalítica	23
1.1.3 Autonomia	26
1.1.4 Autonomia e psicanálise.....	33
1.2 Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).....	33
1.2.1 Conceito	33
1.2.2 Instrumentos de avaliação do TEA.....	41
1.2.3 Psicanálise / TEA	43
1.2.4 Teoria da mente / TEA	49
1.2.5 Teoria afetiva / TEA.....	50
1.2.6 Teoria o funcionamento executivo / TEA.....	52
1.2.7 Teoria da coerência central / TEA	52
1.2.8 Relações familiares / TEA	53
1.2.9 Inclusão escolar.....	58
1.3 Estimulação Precoce.....	79
1.3.1 Conceito	79
1.3.2 Historicidade.....	80
1.3.3 Evolução.....	81
1.3.4 Finalidade.....	84
2 METODOLOGIA	90
2.1 Problema da Pesquisa	93
2.2 Objetivos Geral e Específicos.....	93

2.2.1 Objetivo geral	93
2.2.2 Objetivos específicos.....	93
2.3 Tipologia do Estudo.....	94
2.4 Abordagem da Pesquisa	94
2.5 Local da Pesquisa	96
2.6 População da Pesquisa.....	96
2.7 Instrumentos de Coleta de Dados da Pesquisa.....	97
2.8 Procedimentos de Coleta / Análise e Discussão dos Dados	99
2.8.1 Pesquisa educacional / Análise dos dados	99
2.8.2 Pesquisa familiar / Análise dos dados	103
3 CONCLUSÕES	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	123
Anexo 1 Carta de Anuência.....	124
Anexo 2 Questionário para a Família	125
Anexo 3 Observações	126
Anexo 4 Modelo de Capacitação Educacional	128
Anexo 5 Roteiro para Plano de AEE	130
Anexo 6 Coleta de Dados.....	132
APÊNDICES	
Questionário da Pesquisa.	134
Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF	136

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa se refere a anos de estudo e prática da autora realizados no período de 1980 a 2019 com atuação na área educacional como professora de Psicologia e Educação Especial e, na área clínica como psicóloga, onde continua atuando. Durante este período fora realizada a escuta da família, de pais e professores, bem como o acompanhamento direto junto às pessoas que apresentam Transtorno do Espectro do Autismo – TEA, como base para a essa escrita. Acredita-se que o trabalho de escuta dessas famílias as levam a acreditar em quão importante é a estimulação precoce e a inserção desse filho num ambiente escolar. No decorrer da leitura procuramos elucidar alguns conceitos psicanalíticos que permeiam as famílias das pessoas com TEA e influenciam no desenvolvimento da Autonomiada mesma.

Abordaremos inicialmente os conceitos psicanalíticos. A Psicanálise nos ensina que o desenvolvimento humano não opera por simples automatismo biológico. Diante disso, a família tem um papel primordial para a estruturação do sujeito. São as marcas simbólicas desse primeiro núcleo social a que pertencemos que organiza o ser humano. Existe uma carência originária e uma distância ao Outro que mobiliza a criança e organiza sua percepção e seu desenvolvimento motor numa seleção simbólica. O ritmo do desenvolvimento da criança é marcado pelo desejo do Outro que atua nela através do seu discurso. O sorriso, o olhar, a voz do Outro são exemplos de organizadores psíquicos. A construção da identidade far-se-á num movimento de diferenciação do Outro, com construções de vínculos a partir da interação entre os membros da família. Essa construção está diretamente ligada a aquisição da autonomia. Diante disso relataremos o que a literatura diz acerca da autonomia e a sua relação estabelecida pela teoria psicanalítica.

Em seguida buscaremos aprofundar os estudos acerca do Transtorno do Espectro do Autismo, e diante desse quadro apresentado pela síndrome, como se encontram as famílias que tenham entre seus membros uma pessoa com TEA fazendo um relato do que diferentes teorias dizem a respeito dessa síndrome. O termo autismo foi designado por Ploullier, em 1906 quando estudava pacientes com

demência precoce (esquizofrenia), introduzindo o termo na literatura da psiquiatria. Bleuler em 1911 definiu o autismo como perda do contato da realidade causada pela dificuldade na comunicação interpessoal. A Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo pode apresentar atividades e interesses restritos e estereotipados. Na primeira infância surge a vinculação a objetos comuns, tipicamente rígidos, insistência em realizar rotinas e rituais próprios do espectro. Em outros casos os interesses podem ser como em datas, itinerários e estereotípias motoras. A pessoa com o TEA apresenta uma série de problemas como: medos, fobias, alterações do sono e da alimentação, ataques de birras e agressões. Os prejuízos na comunicação e linguagem são freqüentes; essas crianças não estabelecem um contato visual de início com os olhos da mãe; mais tarde não usam brinquedos nas atividades, nem os jogos de faz de conta. De acordo com o modelo sistêmico, toda a família é atingida e sofre conseqüências quando um dos seus componentes apresenta uma dificuldade no desenvolvimento ou uma perturbação. Através de Sigmund Freud podemos compreender por diversas vezes, não apenas comportamentos como sendo da síndrome, mas como transferenciais por parte dos familiares para quem tem a síndrome. Vários autores têm estudado sobre a importância da família para a estruturação do sujeito. Nos estudos voltados para a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) o que se observa é que essa estruturação não se constituiu. O nascimento de um filho leva os pais a idealizar nele a continuidade dos seus projetos e o filho especial é a frustração que eles vivenciam pela descontinuidade desses projetos. Sentimento de isolamento, de culpa, de raiva, entre outros, são comuns serem vivenciados. Isso os leva a descrença e a uma auto-estima baixa. A reestruturação familiar é a base que encontramos para um trabalho promissor. É a partir do momento que os pais saem, do que em psicanálise chamamos de “luto pela perda do filho esperado”, que eles passam a investir nesse filho.

Em continuidade a pesquisa literária faremos uma reflexão da importância da Estimulação Precoce para o desenvolvimento das potencialidades da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo. A estimulação precoce nas pessoas com TEA tem focado seus estudos na conceituação, nas implicações teóricas e na sua utilidade prática em bebês com traços de risco do espectro. Neste momento conceituaremos e mostraremos a historicidade e a evolução que esse tema,

estimulação precoce, vem apresentando aos longos dos anos em todos os meios, médico, educacional e familiar. Além disso, enfatiza os brinquedos e brincadeiras como maior aliado para que o desenvolvimento aconteça, e principalmente o da autonomia.

No segundo capítulo descreveremos os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da tese. Nesses procedimentos constam: as pesquisas de campo realizadas com familiares das pessoas com TEA, onde relataremos sentimento de Autonomia por eles vivenciada, através do Inventário de percepção de suporte familiar-IPSF; todos os dados coletados pelos professores de AEE acerca da autonomia dos estudantes com TEA; os procedimentos utilizados e finalmente sua análise.

Assim sendo, no terceiro capítulo concluímos buscando reflexões e recomendações generalizadas acerca do pesquisado para realizar intervenções com vistas ao desenvolvimento da autonomia, num conjunto de ações distintas, que venham minimizar os sintomas apresentados pelo transtorno e uma melhor qualidade de vida.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Conceitos Psicanalíticos

1.1.1 A história da psicanálise

Sigmund Freud (fig.1)



Teve início em 1902 o uso do termo Psicanálise, através de Sigmund Freud (fig.1) sua principal expressão. Jung (fig.2) foi seu discípulo durante muitos anos e Adler (fig.3) se juntou a eles no estudo da mente humana. Por volta de 1910 as discordâncias entre Adler e Freud começaram a surgir e três anos após, outras discordâncias também surgiram de Jung em relação a Freud. Deu-se início o Movimento Psicanalítico, onde ambos queriam descrever suas teorias como “Psicanálise”. Muito embora as pessoas, por muitos anos dissessem que existiam “três escolas psicanalíticas”, Freud defendeu-se dizendo que a forma que ele deu a essa teoria diferenciava em pontos cruciantes das demais, foi o que venceu, ou seja, as instâncias da psiquê são delimitadas. Dessa forma estabeleceu-se como “Teoria Psicanalítica” a criada por Freud. Em Viena, no Museu de Freud (Figuras 4 a 8), estão os escritos e prêmios recebidos pelas contribuições prestadas por ele à humanidade.

Carl Jung (fig.2)

Alfred Adler (fig.3)



"Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana".

Carl G. Jung



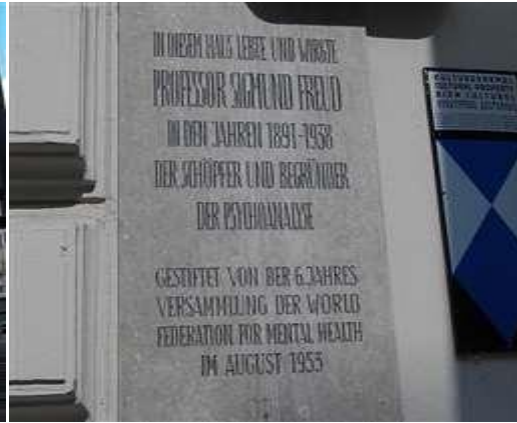
Fonte:blog.crazyegg.com

Fonte: www.alfredaler.org

Museu de Freud – Viena (fig.4)



Placa na entrada do Museu de Freud (fig.5)



Entrada do Museu de Freud (fig.6)



Prêmio de louvor ao prof. Sigmund Freud por entidade de destaque em Viena (fig.7)



Título de Dr. Honoris Causa pela Universidade de Massachusetts (fig.8)



Fonte (figs.4 a 8): Museu de Freud - Viena - Áustria

Conhecer a história da psicanálise através do pensamento do seu criador, Sigmund Freud, é de fundamental importância para compreender a alma humana. Na teoria Freudiana, o homem é visto como uma soma de instintos, desejos e outras manifestações. Na sua teoria os conflitos sexuais da infância seriam a causa das doenças mentais. É através das fases do desenvolvimento sexual e a forma como os pais lidam com os filhos, que se constitui a estrutura da personalidade. “[...] Quando um bebê fica satisfeito após mamar, adormecendo, com um sorriso no rosto, é impossível dizer que não se trate da verdadeira expressão de uma satisfação sexual [...]”. (Freud,1905, p. 197)

Os sintomas neuróticos estão relacionados com a sexualidade, que são as repressões e os obstáculos. Os comportamentos sexuais dos adultos têm a ver com as vivências infantis, com suas pulsões. A base da teoria psicanalítica é a energia libidinoso. O aparelho psíquico (fig.9) de Freud é explicado em três instâncias, a saber, o id, o ego e o superego. É no id, instância que se caracteriza pelo inconsciente, que se localizam os recalques. Freud via o recalque como parte principal da estrutura da personalidade, como um processo topográfico, psicológico e dinâmico, que constitui o inconsciente. Porém não o via como a única força motivadora da vida mental.

Aparelho Psíquico (fig.9)



Fonte: mundoeducacao.bol.uol.com.br

A neurose é explicada por Freud através dos recalques e do investimento da libido nos primeiros anos de vida, sendo a libido a energia psíquica de caráter sexual. A libido sexual é a conexão dos fenômenos com a vida pulsional. A teoria psicanalítica se baseia no princípio da causalidade, onde a mente se volta pra uma causa e busca explicar o fenômeno psíquico. Daí a frase que ficou popularmente conhecida: “Freud explica”.

O estudo da interpretação dos sonhos realizado por Freud foi um dos mais intensos, ocupando o maior espaço nos seus escritos. É através dos sonhos, onde é visto como desejos do inconsciente, que ele reafirma a causa dos conflitos psíquicos como trauma de natureza sexual e dos recalques vivenciados na vida infantil.

O caráter sexual enfocado por Freud, para explicar a neurose através dos recalques e do investimento da libido nos primeiros anos de vida foi a causa de vários conflitos vivenciados pelos seus seguidores. A estrutura da psique na teoria Freudiana se compõe de instâncias que são delimitadas. No caso do Inconsciente, se para Freud é o local onde se encontram todas as coisas reprimidas, para Jung é uma fonte onde a positividade na criação pode gerar benefícios e levar à consciência novas forças, renovando-a. Assim, Adler fez sua Teoria ser uma “Teoria Sistêmica” e percebendo o homem como um ser bio-psico-social, diferentemente da psicanálise.

A História da Psicanálise não poderia ser diferente, tendo em Freud seu pai. Conflituoso consigo mesmo e conflitante com seus seguidores, revolucionou uma época sexualizando o período infantil e procurando a causa das neuroses. Criticado

e crítico, mas não superado nas contribuições que deixou para a humanidade a cerca da compreensão da psiquê.

Essa contribuição pode ser reconhecida de diversas maneiras. Uma delas é quando Freud retornava a Viena, após o tratamento do câncer e sentava-se no jardim da sua casa para receber os carinhos das pessoas. Entre elas podemos ver, nas memórias dos vídeos existentes no museu, o quanto era querido pelas crianças. Esse carinho que as crianças tinham para com ele, nada mais era que o valor que os pais passavam para as mesmas sobre a contribuição freudiana. No seu museu encontram-se mostras de carinho e respeito do qual foi merecedor, com seu nome estampado nos jornais de todo o mundo como uma figura célebre pelo legado deixado para o mundo (fig.10).

Manchete de jornal da Inglaterra sobre a morte de Freud (fig.10)



Fonte: Museu de Freud na Viena -Áustria

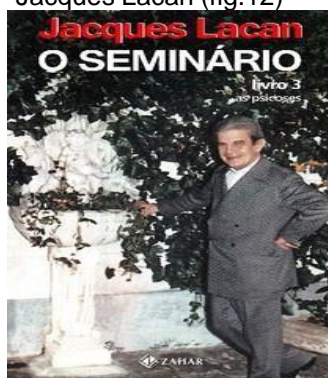
Atualmente é um dos pontos turísticos mais visitados de Viena e local escolhido para diversas exposições, a exemplo do artista novayorkino, Brandt Junceau (fig.11), que com suas obras busca um paralelo entre a psicanálise e expressões artísticas. Também é um espaço onde são ministrados diversos cursos concorridos por estudantes e profissionais do mundo inteiro.

Obras de Brandt Junceau(fig.11)



Fonte: Museu de Freud na Áustria - Viena

Lacan faz uma releitura das pulsões nos seus seminários (fig.12) sobre as vicissitudes da pulsão e os conceitos da Psicanálise, onde aborda os pontos contraditórios lidos em Freud, que é a relação direta entre o registro da pulsão x necessidade vital. Nesses seminários ele vê como sendo uma possível confusão na abordagem freudiana. Ele separa pulsão e *necessidade*. “[...] Uma intervenção psicanalítica não pode ser teórica, quer dizer, imperativa; ela deve ser equívoca. A interpretação analítica é feita para produzir ondas, não para ser compreendida [...]” (Lacan,1998,p.152).

Livro 3 “O seminário”
Jacques Lacan (fig.12)

Fonte:www.passeidireto.com

Do ponto de vista psicanalítico, o TEA pode ser considerado como uma não instauração de certo número de estruturas psíquicas que, após sua ausência, podem acarretar déficits do tipo cognitivo, entre outros. Quando estes déficits do tipo cognitivo se instalam de maneira irreversível, podemos falar de deficiência, que seria

a conseqüência de uma falta de instauração das estruturas psíquicas, e não o contrário.

Essas estruturas psíquicas são instauradas nas satisfações das pulsões a partir do Outro. “[...] Este Outro é alguém de carne e osso, com quem a criança estabelece uma relação da realidade, lhe fornecendo os significantes, sustentando para este ser, o lugar de grande Outro primordial [...]”(Wanderley, 2013, p.112).

Num dos seus seminários, Lacan remete essa importância do Outro para a constituição do sujeito quando diz que “a dimensão do Grande Outro é atingida através do remate pulsional” e mais:

O Outro real, o Outro primordial, aquele que é freqüentemente encarnado pelos pais, ou mesmo pela mãe, tinha um duplo papel a desempenhar. Ela era certamente o outro da relação dual, e ao mesmo tempo o Outro, lugar do tesouro dos significantes e também, enquanto Grande Outro barrado, suporte do olhar constituído do eu no espelho plano opaco.(Lacan,1998,p.190)

Dessa forma, o indivíduo fica rearticulado, se constituindo no campo do significante com a questão da pulsão. Quando Lacan fala de alienação real percebe-se que o sujeito do circuito pulsional não é o *Eu*, mas o outro. Quando *Eu* falo é pelos significantes do Outro, o assujeitamento a esse outro, sujeito da pulsão, que tende a dar ao corpo deste ser que está em constituição do eu uma imagem especular do semelhante.

1.1.2 Técnica psicanalítica

Em 1905 Sigmund Freud escreveu um artigo “Sobre a Psicoterapia” em que procurava diferenciar a Psicanálise das demais terapias. Ele baseou-se no modelo de Leonardo da Vinci que diferencia, nas artes plásticas, as que operam “*per via de pore*” das “*per via de levare*”. Nessa comparação no atendimento terapêutico as demais terapias estariam operando na “*per via de pore*”, que significa dizer de tudo aquilo que vem de “fora” da mente do analisando, ou seja, do mundo exterior como: conselhos, orientações, testes, remédios, com quanto modifique ou neutralize uma dor, um sentimento de perda, etc. Já a terapia psicanalítica estaria operando na “*per*

via de levar”, aonde vai retirando, esculpindo, tudo aquilo que está demais no analisando, posteriormente trata de libertar a verdade que estava contida, “presa”, “escondida”. Significa “trazer a consciência tudo aquilo que estava inconsciente”, como: medos, necessidades, traumas, demandas, desejos e fantasias, possibilitando assim restaurar o equilíbrio psíquico.

A psicanálise é um método investigativo do inconsciente que se dá através da fala do analisando, de sua História, das suas ações, das suas produções artísticas e imaginárias como sonhos, fantasias, delírios e alucinações. O material do inconsciente é trazido ao consciente através da associação livre, que é a técnica em que se baseia a Psicanálise. Essa técnica consiste em solicitar que o paciente diga o que vier a sua mente. Esse método favorece a emergência de um tipo de comunicação em que o determinismo psíquico inconsciente torna-se mais acessível para as conexões ou de “preencher lacunas significativas” no discurso do analisando. Dessa forma, o acesso ao inconsciente vem à tona através dos sonhos, atos falhos, esquecimentos, chistes, ressentimentos, etc;

Na Psicanálise acontece a liberdade de expressão dos pensamentos mentais, e a escuta sem julgamento pelo analista, com neutralidade, enfraquece as resistências que se fazem presentes no ato da “fala” construindo assim um *rapport* entre o analista e o analisando. O psicanalista, através da escuta que procede pela associação livre, impulsionando a expressão dos sentimentos, terá condições de avaliar o nível de estruturação do ego, que se processa através da compreensão do sintoma como expressões simbólicas de desejos inconscientes. Dizemos que a escuta se processa pela intersubjetividade do sujeito. Devemos estar com a escuta ativa em todos os aspectos, mas podendo ser destacados:

O **sintoma** - presente no sujeito analisado surge como expressões simbólicas de desejos inconscientes, ou seja, é parte da vida consciente, porém, vivenciado de forma inconsciente. Ele tem múltiplas origens, representando sempre um compromisso entre o id, ego e superego e modelado pela angústia; **ereações transferenciais** – presentes nos elementos de conduta, tais como: linguagem corporal, entonação de voz, etc. Nos relatos esses elementos estão condensados e

merecem ser interpretados. É o olhar além do sintoma pela busca de respostas. Como diz Lacan, “onde há transferência há análise”.

A transferência se apresenta de duas maneiras: positiva e negativa. A transferência positiva diz respeito às pulsões e derivados da libido, como: sentimentos carinhosos e amistosos, incluindo desejos eróticos, desde que esses desejos tenham sido sublimados, mas, que persistem na prática clínica como um vínculo. A transferência negativa refere-se aos sentimentos de hostilidades, como: agressividade, ódio, inveja, ciúme, rancor, rivalidade, sempre de forma exacerbada.

A cada dia tem sido mais comum a busca pelo atendimento clínico de pessoas que apresentam dificuldades para sentir sentimentos e emoções, ou seja, de refletir sobre seus atos comportamentais, como também, daqueles que apresentam transtornos psicossomáticos. Nas principais defesas encontradas na clínica encontramos: a sublimação, a negação, a introjeção, a repressão e a projeção. Os sonhos são muito importantes no atendimento psicanalítico, onde o analisado através do conteúdo manifesto recebe a intervenção do analisando para refletir sobre o conteúdo latente.

Estando um indivíduo com transtorno do espectro autista (TEA) à sua frente, que tenha ou não oralidade, como iremos utilizar a técnica psicanalítica através da escuta? A escuta não se faz apenas pelo processo lingüístico e é essa escuta silenciosa que precisa ser revista quando o atendimento psicanalítico se fizer com uma pessoa com TEA.

No paciente com TEA, a associação livre, técnica em que se baseia a Psicanálise, pode ser feita através das resistências às mudanças, observando-se o desencadeamento de comportamentos quando as necessidades do paciente não são compreendidas. Dessa forma, cabe ao analista proceder com as conexões, já que essas não são elaboradas por esse tipo específico de paciente, a fim de que possa preencher as lacunas significativas favorecendo o fortalecimento egóico. O analista precisa estar atento em relação, por exemplo, com as representações objetais (fixações em objetos) e o processo transferencial; com o aspecto objetal da

agressividade; com a atenção, percepção e humor; e com suas defesas: introjeção, projeção e formação reativa.

Num processo de contramão da Psicanálise o analista irá provocar a ação da pessoa com TEA relatando para ela o que irá fazer, e a partir da atitude provocada verificar as intervenções possíveis de serem feitas. É a investigação do inconsciente que vem a tona de forma comportamental. Toda atitude é uma resposta. A intersubjetividade na escuta dos pais durante a anamnese é de fundamental importância durante todo o tratamento.

O fato da pessoa com TEA apresentar uma ausência na sua própria inscrição, faltar-lhe subjetivação, não ter o “Outro” como referência, nada que seja da ordem do simbólico e do imaginário, não a impede de passar pelo processo psicanalítico. Quando Lacan diz que, “onde há transferência há análise”, implica dizer, em princípio, que todos são analisáveis. As transferências na pessoa com TEA ficam no campo da subjetividade em forma de “reações transferenciais”, menos elaborada do que as ditas “transferências positivas / negativas”.

Na pessoa com TEA o psicanalista não trabalha com o sonho, já que a imaginação encontra-se prejudicada. Não há a expressão desse material do inconsciente, a sua elaboração através da fala. No entanto, o conteúdo manifesto do sonho, que é o que a pessoa sem transtorno exterioriza, e que a partir de então se trabalha o material latente, com a pessoa com TEA, já que não há a elaboração, constantemente o analisando poderá estar intervindo como se estivesse trabalhando “um sonho contínuo”, sem elaboração, sem censura.

1.1.3 Autonomia

Durante o período da angústia do oitavo mês, é preciso tentar entender as particularidades de cada relação, tanto da cuidadora com o bebê, quanto vice-versa. Investigar se as necessidades do bebê estão sendo atendidas de forma adequada em ambas as relações; se há excesso ou falta, a relação tende a adoecer. Como diz Winnicott, deve-se fazer uma leitura da mãe e do ambiente, se estão suficientemente bons. A mãe que acompanha o filho em suas necessidades é

chamada de suficientemente boa e contribui para a maturidade e a AUTONOMIA do filho (fig.13). É uma sensibilidade inerente a própria mãe que faz com que ela se coloque no lugar do filho; é por essa via que ela responde ao que é imprescindível do ponto de vista físico e, posteriormente, as necessidades do ego. Para Winnicott, o processo de desenvolvimento pessoal e real de um ser, se dá quando ele se depara com uma mãe suficientemente boa.

O ego da mãe está em harmonia e em contato direto com o do seu bebê, tendo apenas a capacidade de apoiar se for capaz de orientar-se para a criança. O apoio da mãe dado à criança para que ela desenvolva seu próprio ego, caso não ocorra ou falhe neste percurso, a criança ficará carente desse suporte para desenvolver seus aspectos hereditários, em que identifique parte de sua estrutura psíquica com sua mãe. De outro modo desenvolver-se-á com aspectos mais relacionados ao ambiente, que pode ser ou não bom ou suficiente.

Tendo sido bem cuidados, os bebês se estabelecem como pessoas, cada um deles diferentes de todos os outros que já existiram ou existirão, contrariamente aos que não foram bem cuidados, que não tiveram apoio de um ego adequado ou sadio desenvolvem padrões comportamentais de inquietude, estranhamento, apatia, inibição e de complacência.

Na realidade, para o bebê nada ainda se distingue como o que lhe é próprio ou não, já que o EU ainda não se constituiu. O bebê começa a se estruturar então por meio da identificação. Esta é apenas potencial. É como se a criança pegasse emprestado o self de sua mãe. O que não significa que a criança se identifica com a figura materna, porém sem o conhecimento da mãe ou de um outro objeto externo ao self; e não existindo o self, não podemos dizer que essa afirmação possa estar correta.

Fluindo nesse sentido, é atribuída a figura materna um papel de suma importância no desenvolvimento desse novo ser, pois é através dessa mãe suficientemente boa alinhada a um ambiente suficientemente bom que a criança se constitui de maneira plena. Sendo assim, este ambiente torna-se facilitador para que

as diversas tendências individuais que foram herdadas se desenvolvam de acordo com elas.

Deixar o bebê interagir num ambiente suficiente bom, este é o papel da mãe suficientemente boa, fornecendo assim ao seu filho uma adequação às pessoas e ao mundo em que vive, alicerçando assim a base de sua constituição psíquica. Winnicott ao se debruçar sobre o assunto afirma que: “A saúde mental do ser humano tem suas bases assentadas na primeira infância pela mãe, que fornece um meio ambiente onde os processos complexos mais essenciais no eu do bebê conseguem completar-se.” Um bom estudo inicial seria talvez a descrição da tarefa da boa mãe comum, na medida em que podemos conhecer o que ocorre nessa parceria. O que nos leva a crer que, no meio em que vive, onde os processos que lhe levem a evolução e as interações naturais, o bebê, juntamente ao seu ambiente, possa desenvolver-se de acordo com seu padrão hereditário.

“[...] Uma mãe que tem adoração pelo seu bebê faz com que em adulto ele seja capaz de amar outras pessoas, respeitando-se e confiando em si próprio [...]” (Bowlby, 1979, p.79). Assim, a mãe e o ambiente necessitam ser suficientemente bons para que o bebê tenha, de fato, uma formação emocional saudável. No entanto, a criança poderá ter um comprometimento na constituição de sua subjetividade se for cuidada por uma mãe que não seja suficientemente boa, onde os cuidados são deficitários nessa relação materna. “[...] Quando acontece o impedimento das relações objetais no primeiro ano de vida, desencadeará sérios distúrbios emocionais na criança, como se esta estivesse sendo privada de algum elemento vital à sobrevivência [...]” (Winnicott, 2013, p.68). De acordo com ele, os cuidados adequados que a mãe tem para com o filho são indissociáveis da criança o que garantiria uma saúde mental saudável. E mais, “[...] O rosto da mãe serve como o espelho do filho, e seu desejo sobre ele seria traduzido pelos traços de seu rosto, na forma de olhá-lo, registrado pela alucinação da satisfação. [...]” (Winnicott, 2006, p. 72).

Winnicott (2013) por volta dos anos 50 se referiu ao período em que a genitora e a criança se encontram ligados por uma intimidade egóica, e da forma como ele se relaciona com objetos, na década de 60. Estas expressões são

sinônimas e dizem respeito ao fato que é a dependência, ou seja, que o bebê depende desse apoio egóico, do amparo e da confiança que a mãe lhe proporciona.

Frase de Winnicott (fig.13)



Fonte: literalmente-literalment.blogspot.com

Esses fatos muito primitivos têm início quando a mãe, ao se identificar com este ser que ela gerou, sente vontade e com capacidade para apoiá-lo no momento em que for necessário. Desse modo, o autor classificou essa mãe, que tem essas atitudes nos primeiros anos de vida do seu filho, como suficientemente boa.

Existe unanimidade entre os autores que estudam o desenvolvimento infantil, que não existe dúvida quanto à interação mãe-bebê, pois ela determina o surgimento da vida psíquica fazendo com que a criança construa sua estrutura mental e emocional. Os que os pais dizem para seu filho nos meses iniciais da sua vida são para ele elemento estruturante do seu funcionamento psíquico, mas como o bebê sente muito as reações e sentimentos de seus pais através corpo, o toque, as carícias, os beijos e os abraços, são de fundamental importância, pois são comportamentos que estabelecem o contato e reforçam o apego.

Portanto, a atitude emocional e a afetiva da mãe servirão para orientar os afetos do bebê e conferir qualidade de vida a ele. É deste padrão de relacionamento parental que se origina o desenvolvimento estruturante da criança e as formas de apego com as pessoas. Nesse momento é percebido como é imprescindível que o bebê recém-nascido tenha o amor total da mãe. Quando a pessoa cresce, sua

saúde encontra-se estabelecida no decorrer da infância, mas a base dessa saúde é lançada pela figura materna, nas primeiras semanas ou meses de vida do bebê. A mãe é que está embasando a saúde de uma pessoa que será um membro de nossa sociedade.

Em torno dos oito meses de idade a criança vivencia a angústia de separação. Para alcançar a fase em que ocorre o processo de separação e individuação foi necessário fazer a retrospectiva acima. Essa fase é caracterizada por uma enorme angústia de separação vivenciada pela criança em busca de sua identidade. Por volta dos oito meses, os bebês começam a engatinhar e iniciam, aos poucos, as habilidades necessárias para se distanciarem fisicamente da mãe.

No entanto, do ponto de vista emocional, a angústia vai aumentando e provoca reações na criança, que podem desencadear desde a dificuldade de dormir até a uma falta de apetite. As dificuldades que a criança apresenta ao sentir-se sozinho, muito embora a mãe esteja por perto, recebem como justificativa, que este ainda não conseguiu incorporar a imagem da sua genitora, gerando angústia quando percebe seu afastamento. Pois nessa fase, o que não está no campo visual da criança é entendido como tendo desaparecido. Naturalmente, à medida que o bebê fica um pouco mais velho, a vida vai se tornando cada vez mais complexa.

“[...] As falhas de adaptação por parte da mãe são, elas próprias, uma adequação à necessidade que a criança tem de reação a situações de frustração, de ficar zangada e de lidar com a rejeição de tal forma que a aceitação se torne cada vez mais significativa e instigante [...]” (Winnicott, 2013, p. 57).

Busca-se às idéias de Spitz (1965/1979), que trouxe a tona o tema da ansiedade de separação e elucida que ela se situa entre o sexto e o oitavo mês da criança, e essa idade varia consideravelmente, uma vez que depende de vários fatores ambientais e culturais. Ela é resultado de relações entre dois indivíduos, a díade é assim, depende da capacidade deles de estabelecerem e manterem tais relações. Os estudos de Spitz sobre a ansiedade dos oito meses relatam que quando um estranho se aproxima da criança, ela apresenta intensidades variáveis de apreensão ou ansiedade, e rejeita o estranho. Essa reação da criança poderia ser explicada pela percepção de que este ser estranho não é sua mãe, e

conseqüentemente, a percepção da ausência dela. Nesse momento a criança distingue claramente um estranho de um não estranho. O que o autor explica ser este sentimento a angústia de separação, como um segundo estágio do desenvolvimento, que é a capacidade da criança de estabelecer uma verdadeira relação objetal.

Anterior a essa fase, existe a reação de sorriso na idade aproximada de três meses. Nesta etapa, o bebê experimenta um sentimento agradável quando um rosto humano dele se aproxima e o ganho que ele tem no seu desenvolvimento na fase posterior, ou seja, já há o reconhecimento do rosto da mãe, por isso o sentimento angustiante pela separação com reação ansiosa quando colocado na presença de um desconhecido. Como relata Spitz (1965/1979), é nesse momento, que realmente se estabelece o objeto libidinal. Para o autor, a ansiedade manifestada pela criança estaria ligada ao sentimento de perder a mãe, como destaca que “quando está diante de um estranho, sua reação é ao fato de que não se trata de sua mãe”; sua mãe ‘a deixou’. E continua que “quando as manifestações da ansiedade vivenciada aos oito meses são leves, só o fato de a mãe estar presente é suficiente para apagá-las; enquanto que, na ausência dela, elas se mostrarão nitidamente”.

Ele afirma que a ansiedade que o bebê demonstra não é uma resposta à memória desagradável com um desconhecido, mas sim à percepção de que o rosto estranho não é idêntico ao de sua mãe. Isso faz ver que a criança instaurou, nesse período, uma relação objetal real, onde há um investimento da libido na figura materna, embora a criança consiga se diferenciar desse objeto de amor, que é a mãe (Spitz, 1965/1979). Essa fase também está marcada pela maturidade da constituição e diferenciação do Eu. Se os eventos de separação acontecem num pequeno intervalo de tempo, em condições normais, a recuperação da criança é relativamente rápida. Quando a mãe retorna, a criança pode demonstrar comportamento que indica a angústia de separação, apresentando uma necessidade excessiva de ficar sempre próximo à mãe, bem como manifestar muita ansiedade quando ela se distancia, mesmo que por pouco tempo. Porém, se a separação ocorre em períodos maiores do que o que a criança é capaz em ficar distante da mãe, a afetividade e o desenvolvimento da criança poderão apresentar distúrbios. Quando existe a busca de proximidade no comportamento de apego, é

possível ser o mesmo impulsionado pela doença, cansaço ou medo. A ansiedade de separação, por conseguinte, passa a ser uma busca básica do ser humano com o objetivo de sobrevivência. “[...] O apego para ser desenvolvido demanda que o bebê tenha a possibilidade mental da manutenção da presença da figura materna na memória quando ela não está presente fisicamente, competência que vem a ser desenvolvida após os seis meses [...]” (Bowlby, 1989, p. 192).

A autonomia obtida na etapa entre o segundo e o terceiro ano leva a criança a experimentar novas competências e habilidades, explorando o mundo que a rodeia, e reconhecendo os limites que esse ambiente social lhe impõe. Os pais que são diligentes em propiciar esses estímulos tendem a desenvolver nas crianças um verdadeiro sentimento de autonomia, mesmo estabelecendo certos limites. Por outro lado, os pais que castram as atitudes mantendo o filho sempre sobre controle, podem desenvolver nele um sentimento de culpa, minimizando a possibilidade do mesmo desenvolver o sentimento de autonomia e dificultando a competência em adquirir pólos positivos das etapas seguintes.

1.1.4 Autonomia e psicanálise

A imagem corporal originária, só pode se formar no olhar do Outro. É o aparelho psíquico da mãe que levará o bebê a ilusão antecipatória, que ele veja o que não está lá. Isto é que Winnicott nomeia de “loucura normal da mãe”. É esta imagem originária que permite que o bebê, em geral em torno do sexto mês, vá reencontrar jubilarmente na sua imagem especular – como, por exemplo, a imagem que pode ser devolvida pelo espelho – imagem primeira da constituição da sua unidade. Assim, quando o bebê se vira em direção da pessoa que o segura é para reencontrar no seu olhar a confirmação desta imagem. A imagem refletida no espelho só pode ser sustentada quando está presente no olhar das pessoas que nos amam. E é a partir desse olhar e da nossa constituição como pessoa que nos levará a uma AUTONOMIA.

Lacan se refere a essa instauração especular se referindo primeiramente ao esquema óptico, que é anterior ao estágio do espelho, em que supõe a presença do Outro real, papel este normalmente sustentado pela mãe.

Refiro-me ao olhar no sentido da presença; do investimento libidinal que ele representa, muito mais que o órgão suporte da visão. Porém, uma voz ou um barulho manifesto pode representar a presença do ser querido. Isso permite definir a ausência enquanto concretização particular da presença. A presença original reenviando ao ser olhado e ao ser que se olha, o eu e o corpo tendendo então a se definirem como efeitos do olhar, suposto até pela sua ausência. (Lacan, 1998,p.185)

É de conhecimento científico os estudos realizados e a importância que Lacan dá a esse tempo do desenvolvimento infantil, o reconhecimento pelo Outro da imagem especular; esse instante onde o bebê se volta para o adulto que dele cuida, e onde ela o percebe no espelho como assunção de uma imagem de domínio ainda não adquirido. Logo, seria dois reconhecimentos, o da imagem especular e do reconhecimento original e que essa imagem só se daria em função desse reconhecimento. E é nessa falta de conhecimento de si próprio que a autonomia estará ausente.

1.2 Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

1.2.1 Conceito

O termo autismo foi designado por Plouller, em 1906 quando estudava pacientes com demência precoce (esquizofrenia), introduzindo o termo na literatura da psiquiatria. Em 1911 Bleuler utilizou o termo autismo para designar comportamentos de seus pacientes onde havia uma perda do contato com a realidade levando a uma dificuldade ou impossibilidade na comunicação interpessoal.

Muito embora Plouller e Bleuler tenham utilizado o termo autismo para se referir a determinados comportamentos, apenas em 1943 é que ele tornou-se divulgado entre a classe médica. Foi através da observação de 11 crianças atendidas por Leo Kanner, um médico austríaco radicado nos Estados Unidos da América, em que o mesmo escreveu “Os transtornos autistas do contato afetivo”, traçando assim alguns dos aspectos da síndrome. Kanner (1943, p.242), destacou

nessa síndrome como característica fundamental “uma falta de capacidade para relacionar-se normalmente com as pessoas e com as circunstâncias”, relatando ainda a cerca dos prejuízos que tem nas relações afetivas, sociais, na comunicação e linguagem, e mudança de rotina. A respeito da solidão autística, “[...] o principal transtorno apresentado nesta síndrome é a dificuldade em relacionar-se com situações e pessoas, desde o começo de suas vidas[...]”. E mais, que:

Os movimentos e emissões de sons são repetitivos. Suas atividades espontâneas não são diversificadas, existindo uma grande limitação em relação a elas. Comporta-se com rigidez apresentando-se ansioso e obsessivo quanto a variância. Sua conclusão principal é que estas crianças tenham nascido com uma dificuldade inata para estabelecer laços afetivos com as pessoas, da mesma maneira que existem crianças que nasceram com outras deficiências inatas, tanto intelectuais quanto físicas. (Kanner, 1943, p.242).

Especulações a respeito da gênese do autismo surgiram com a tese inicial de Kanner (1943) de que crianças autistas sofriam de uma inabilidade inata de se relacionarem emocionalmente com outras pessoas.

Paralelo ao estudo de Kanner, em 1944 o médico vienense Asperger, escreveu sobre diversos casos atendidos por ele, inclusive num livro em que trata do autismo infantil, muito embora desconhecesse o trabalho de Kanner. Como sua obra foi publicada em alemão e não foi traduzida para outras línguas, apenas na década de 80 é que foi conhecida. A grande diferença entre esses dois autores está na preocupação que Asperger teve em relação ao aspecto educacional. Essas diferenças posteriormente caracterizaram quadros distintos: o autismo e o transtorno de Asperger.

Na década de 60 a relação de “doença autismo” estava muito atrelada à falta de afetividade de mães / ou pais com seus filhos. O autismo era visto como uma psicose infantil. A busca pela explicação do autismo vem desde o seu surgimento sem, no entanto ser concluída. Inicialmente, na década de 60, acreditava-se serem os pais responsáveis pelos transtornos emocionais dos filhos por não lhe darem o afeto necessário na sua criação. No entanto esta correlação entre a falta de afeto e o transtorno se baseou em descrição de casos que posteriormente foi descartada, uma vez que os estudos mostraram que não havia diferença significativa das

crianças que apresentavam autismo e recebiam afetividade por parte dos pais das que não recebiam. Por muito tempo os pais carregaram uma responsabilidade de causadores do autismo sendo esta uma inverdade.

A corrente psicanalítica levava, principalmente a mãe, a um sentimento de culpa em relação ao filho autista. Porém por duas décadas, essa correlação falta de afetividade / autismo gerou culpa materna onde se deu uma titulação da síndrome de “mãe geladeira”.

Diante de tal fato, isso causava nas mães uma superproteção pelo sentimento de culpa vivenciado, o que não contribuía para a superação das dificuldades que a síndrome apresentava. Essa mesma corrente, atualmente já visa um apoio familiar como um todo e uma escuta no intuito da autonomia e do sujeito se constituir, dirimindo o sentido de culpa da figura materna. Além disso, em estudos posteriores ficou evidenciada a presença de distúrbios neurobiológicos.

No final da década de 60, graças aos trabalhos de Rutter e Cohen a síndrome autística ficou na classificada como um dos Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD. Além de ser extinto o estigma vivenciado pela família de ter um filho psicótico, proporciona uma perspectiva inovadora, tanto do ponto clínico como educacional, para compreender as funções desenvolvidas por todas as crianças. Atualmente designamos a nomenclatura de pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA).

O autismo é um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) definido pela presença de um comprometimento que envolve as áreas da interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. Manifesta-se antes do terceiro ano de vida e ocorre três a quatro vezes mais frequentemente em meninos. (CID-10 -Código Internacional de Doenças).

Símbolo Mundial da Pessoa com TEA (fig.14)



Fonte:boasideiasautismo.blogspot.com

Nas décadas de 70 e 80, os pesquisadores buscando mais explicações para o autismo, levantaram a hipótese de que em função do comprometimento cognitivo se explicava as características presentes na comunicação, linguagem e interação social. No entanto essa explicação caiu por água a baixo, uma vez que foram observadas crianças sem comprometimento cognitivo e as demais características se achavam prejudicadas.

Uma nova abordagem acerca dos critérios do TEA está presente no DSM-5. A novidade é que houve uma união da área social e de comunicação que no DSM-4 apareciam separadamente. No que se refere as características principais do autismo não houve alteração, a mudança se deu em relação a definição. No DSM-5o que está posto é o autismo como um espectro, tendo o quadro as suas variações, porém dentro do próprio espectro e não como doenças distintas.

Alguns critérios são necessários ser preenchidos para que uma pessoa possa ser diagnosticada com Transtorno do Espectro do Autismo. Esses novos critérios se encontram no DSM-5 (DiagnosticandStatistical Manual of Mental Disorders), que foi regulamentado em 2013 e trata-se do documento mais atual em relação a esse transtorno. Os critérios são os seguintes:

1. Déficits na interação social e na comunicação, se manifestando pela dificuldade que a pessoa possui em se expressar tanto de forma verbal como não verbal para interagir socialmente, faltando a reciprocidade social; dificuldade em se relacionar de forma amigável com seus pares.
2. Repetições e restrições na forma de se comportar, nas atividades e nos interesses, que podem ser manifestados por pelo menos duas das maneiras

seguintes: estereotípias verbais ou motoras e/ou sensibilidade exacerbada/minimizada; excessiva necessidade de manter-se numa rotina desenvolvendo rituais comportamentais; interesses restritos, fixos e intensos.

Antes dos três anos esses sintomas devem estar presentes, no entanto nada impede de que surjam alguns deles posterior a esse período. Três domínios se tornam dois: Déficits em interagir socialmente e se comunicar, com comportamentos restritos e repetitivos, nas atividades e nos interesses. Os déficits na comunicação e comportamentos sociais não se separam, e são analisados de forma mais detalhada como um único conjunto de sintomas, com as especificidades que um ambiente contextualizado requer.

Existem vários transtornos e deficiências em que os atrasos de linguagem estão presentes. Por isso, nos sintomas clínicos do TEA esses atrasos são grandes influenciadores no diagnóstico, porém não os caracterizam. Melhor seria, que os todos os critérios fossem preenchidos, assim melhoraria a especificidade diagnóstica sem prejudicar sua sensibilidade.

Foram conduzidas análises sobre as características dos comportamentos sociais e as dificuldades de comunicação afim de que fosse indicado o grupo que apresentassem sintomas mais específicos e sensíveis, com diferentes faixas etárias e diferentes níveis de linguagem. Sendo esses níveis de gravidade, de leve ao mais grave, da mesma forma que fica mantida a especificidade, quando utilizamos dois domínios.

A deliberação dessa mudança se deu a partir de revisões literárias, de consultas a especialistas e discussões de grupos de trabalho, sendo confirmada por análises secundárias feitas Universidade de Michigan. A junção dos critérios de comunicação e sociais foram unidos e simplificados para esclarecer os requerimentos diagnósticos.

Não houve perdas significativas na sensibilidade, ao contrário, melhorou a especificidade dos critérios, quando se exigiu que estivessem presentes no sintoma, pelo menos dois comportamentos repetitivos e interesses fixos e focados. Quanto

maior número de fontes de informações tiver para o diagnóstico, melhor será a qualidade do mesmo. Por isso, para atendermos a uma maior proporção de critérios, além da observação clínica especializada, é necessário o relato dos pais e a escuta de professores e cuidadores.

Observações clínicas e relato de cuidadores que presenciam vivências com histórico de rituais, rotinas, comportamentos repetitivos e interesses unifocais, eleva notadamente a estabilidade dos diagnósticos do TEA a longo prazo, e reforça a diferenciação entre ele e outros transtornos. Quando os subdomínios se reorganizam, tudo fica mais claro e a sensibilidade adequada continua sendo fornecida, ao mesmo tempo em que melhora a especificidade imprescindível dos exemplos nas diferentes faixas etárias e dos níveis de linguagem. Quando o diagnóstico de autismo é revelado pelo médico ou psicólogo, é porque o comportamento observado do ser avaliado condiz com os critérios estabelecidos no DSM-5, e se encaixando nos referidos critérios, pode ser diagnosticado com um Transtorno do Espectro do Autismo.

A nova revisão do DSM-5 inclui uma definição diferente do Transtorno do Espectro do Autismo, onde, para o diagnóstico, o indivíduo necessita apresentar os sintomas antes dos 3 anos de idade, e esses sintomas devem comprometer a capacidade do indivíduo em função da sua vida diariamente. Assim, deve-se ter o cuidado com a iatrogenia¹, como diz Laznik(et al Wanderley,2013). Pois a partir de um diagnóstico falso, no caso, de TEA, será fabricada uma doença que não existe, podendo favorecer uma angústia familiar sem que haja necessidade para tal.

Esses diagnósticos errados levam a dificuldade em propiciar o desenvolvimento da criança, bem como o que os pais, no exercício de suas funções, possam vir a fazer. A partir do diagnóstico recebido pela criança, os pais vão à busca, no discurso científico, de um saber que lhes diga como devem agir em relação à educação desse filho, colocando-se no lugar que é atribuído ao "autista", solidificando uma posição que poderia ser apenas transitória. (Meira, 1998)

¹Iatrogenia é uma doença com efeitos e complicações causadas como resultado de um tratamento médico.

Nos dados oficiais do *Centro de Controle e Prevenção de Doenças* dos Estados Unidos, a incidência do autismo acontece de 1 a cada 57 pessoas nascidas, dados esses colhidos em 2019, sendo esse um crescimento de 1,8% em relação aos dados divulgados em 2014, presente em cinco vezes mais nos meninos. Muito embora, no Brasil não tenhamos dados oficiais da incidência desse transtorno, esse nos EUA é de 1 a 2% da população, acreditamos que cerca de 1 a 2 milhões no Brasil possuam o TEA. Os direitos dessas pessoas no Brasil estão assegurados através da Lei nº 12.764 (2012), onde no Artigo 1º§ 2º, a lei diz que a pessoa com TEA passa a ter todos os direitos legais igualmente as pessoas com deficiência. As inúmeras correntes de estudiosos estão em busca de uma explicação para o TEA, mas embora haja divergências, numa coisa estão de acordo, que é quanto ao comprometimento qualitativo na interação social recíproca, na comunicação e nos padrões de comportamento, com interesses e atividades restritos. Outra coisa em comum é quanto a possibilidade de tratamento, que são diversas.

No TEA a desordem neurológica em cada criança é única, o que não impede que surja uma desordem ou várias associações dessa desordem entre seus pares. Várias são as linhas de estudo que buscam a causa do autismo. Geneticistas e neurologistas estão constantemente empenhados nessa descoberta no Centro de Pesquisa de Autismo da Universidade de Cambridge, que hoje é uma referência mundial no estudo de TEA. É na neurociência que os estudos mais recentes têm avançado na busca da causa do transtorno, porém até o momento não se tem comprovação científica da mesma, nem tampouco possibilidades quanto à cura.

Em geral os tratamentos para o TEA estão voltados para a socialização e intervenções educacionais no intuito de potencializar a aquisição da linguagem e melhorar as habilidades comunicativas e sociais minimizando assim os comportamentos não aceitáveis. Não existe tratamento medicamentoso que trate os sintomas nucleares do TEA. No entanto, se busca com frequência, tratamentos psicofarmacológicos para amenizar as comorbidades (ex. agressão, comportamentos autodestrutivos, hiperatividade e outros) que muitas vezes acompanham os sintomas nucleares e que incapacitam o desenvolvimento do transtorno quanto às intervenções sociais e educacionais.

A explicação atual é de que o autismo é um transtorno do desenvolvimento e se apresenta em níveis leve, moderado e grave. As formas de explicar o autismo, hoje denominada como Transtorno do Espectro do Autismo – TEA, causou desde seu surgimento em 1943, impactos nas famílias que se deparam com esse diagnóstico no seu filho.

Inicialmente o isolamento desejado pela criança e o incômodo com a interferência de outra pessoa que a criança sentia, levava a família a se comportar de forma superprotetora reforçando esse isolamento nos espaços formais e informais. As intervenções educacionais eram no sentido de controlar e reduzir estímulo e atendimento era individualizado. A criança não era oportunizada a ter contato com o meio social. A compreensão é que esse contato poderia levar a criança ao sofrimento.

Também não havia oferta de educação escolar nem pelo estado nem por profissionais da área educativa, a escolarização surgiu por iniciativa de familiares e pais das crianças com TEA. Ao mesmo tempo em que, a família reforçava esse não comprometimento dos educadores, uma vez que achavam que somente ela sabia do que seu filho precisava e como ensiná-lo.

Diante do breve histórico, apesar dos avanços obtidos, a inclusão ainda é uma tarefa difícil. Do isolamento, à educação individualizada, à escola especial, à sala especial em escola regular e finalmente a inclusão em sala regular de escola regular. É retirar a família e criança do isolamento social para garantir o direito integral a que elas têm.

Em função da complexidade que envolve o TEA, o mesmo tem sido estudado e explicado por diversas teorias psicológicas. A seguir, descreverei de forma sucinta a abordagem de algumas dessas teorias.

1.2.2 Instrumentos de avaliação do TEA

No tocante a avaliação das pessoas com TEA não existe um teste específico, no entanto, vários instrumentos são utilizados para auxiliar no diagnóstico, no tratamento e no desenvolvimento educacional. Dentre os mais usados podemos citar:

- **M-CHAT-R** (Modified Checklist for Autism in Toddlers)- é uma escala para rastreamento do autismo. De acordo com a lei 14.438/17 ele passou a ser de uso obrigatório pelos pediatras no SUS(Sistema Único de saúde). A sua utilização serve como alerta por conter questões comportamentais e de acordo com a soma obtida sinalizar traços de TEA.
- **CARS** (ChildhoodAutism Rating Scale)- observa a área comportamental que quanto mais itens forem identificados na observação maior o comprometimento da criança. A sua pontuação avalia o TEA como sendo de leve a grave.
- **ATEC** (AutismTreatmentEvaluationChechlist) – Trata-se de uma lista com 77 questões onde é possível ter uma visão geral acerca da comunicação, da fala e da linguagem, da socialização, da sensibilidade sensorial, da cognição, da saúde, do desenvolvimento físico e do comportamento. Ele é um apoio para os pais, médicos e educadores desenvolverem programas para auxiliar a pessoa com TEA.
- **ABC ou ICA** (AutismBehaviorChecklist) - Também verifica a área comportamental através de 57 itens e auxilia muito na elaboração de um diagnóstico para TEA.
- **ADOS ou ADOS2** (AutismDiagnosticObservation Schedule) – É um protocolo de observação padronizado para observar e avaliar os comportamentos sociais e de comunicação. Composto por 8 tarefas com contextos padronizados na observação desses comportamentos, o protocolo visa observar os indivíduos com TEA e transtornos correlatos. A sua utilização no contexto comportamental tem dois objetivos: diagnosticar e investigar. Diagnosticar no sentido de distinguir autismo das demais deficiências e investigar por estudar a qualidade dos comportamentos sociais e comunicativos associados ao TEA.

- **ADI-R** (Autism Diagnostic Interview-Revised) – Trata-se de uma entrevista Diagnóstica para Autismo, composta de 93 questões, feita junto aos pais ou cuidadores para obter detalhes comportamentais para o diagnóstico diferencial de TEA. É permitido aos profissionais fazer uma análise da sintomatologia que se relacionam com o espectro do autismo baseando-se numa escala de pontuação. Essa edição revisada foi atualizada para se adequar a pesquisa comportamental em crianças com 1 ano e meio, enquanto que a anterior, a avaliação era com crianças de 5 anos. Esta observação está vinculada a critérios do CID-10 e do DSM-5.

Não há padronização brasileira referente ao **ADOS2 e ADIR**, não existem editoras brasileiras para comercialização do teste e, portanto não são reconhecidos pelo Conselho Federal de Psicologia. No entanto são escalas consideradas “padrão ouro” na literatura internacional para auxiliar no diagnóstico de autismo.

- **ASQ ou SQS** (Autism Screening Questionnaire) – O consiste em 40 questões retiradas e modificadas do ADI-R afim de que ficassem mais compreensíveis aos pais. Além das questões tratadas no ADI-R, inclui questões acerca do funcionamento da linguagem. Esse questionário tem duas versões: para crianças com menos de 6 anos e para crianças com 6 anos ou mais e a partir da pontuação obtida, contribui para diferenciar o TEA de outros diagnósticos.
- **INVENTÁRIO PORTAGE OPERACIONALIZADO** – é uma avaliação que abrange 5 áreas do desenvolvimento: motora, lingüística, social, cognitiva e de autocuidados. É realizada com crianças de 0 a 6 anos de idade e tem por objetivo ter informações a respeito da criança e da sua família para elaborar intervenções no lar e na escola.
- **PERFIL PSICOEDUCACIONAL REVISADO– (PEP-R)** - O PEP-R é um instrumento que auxilia na elaboração de um programa de desenvolvimento individualizado de acordo com modelo TEACCH. Não se trata de uma avaliação do TEA e sim da avaliação da idade de desenvolvimento de crianças com TEA ou com outros transtornos da comunicação. As áreas avaliadas são: coordenação motora ampla, coordenação motora fina, coordenação viso-motor, percepção, imitação, performance cognitiva e cognição verbal. Para cada área foi desenvolvida um escala específica com tarefas a serem realizadas. Esta escala é válida no Brasil.

1.2.3 Psicanálise /TEA

O trabalho com crianças autistas foi iniciado na teoria psicanalítica por Melaine Klein que foi pioneira no tratamento e reconhecimento da psicose infantil. Klein não fazia distinção entre autismo e esquizofrenia, no entanto, percebia uma diferença entre as características apresentadas no autismo das demais psicoses. Ela caracterizava o autismo como uma angústia vivenciada pela criança em decorrência de conflito de vida e de morte, inibindo o desenvolvimento, um bloqueio dela com a realidade levando-a a desenvolver a fantasia e um déficit em realizar simbolização.

Nós devemos, então, assumir que estas crianças tenham vindo ao mundo com uma inabilidade inata de formar o usual, biologicamente determinado, contato afetivo com outras pessoas, da mesma forma que outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas. (Klein, 1930,p. 250)

Por sua vez, Margaret Mahler (1993) percebeu que o desenvolvimento psicológico de um bebê se dá por fases e que o autismo se tratava de um subgrupo das psicoses infantis e uma fixação a fase inicial, que dizia respeito ao narcisismo primário presente nas duas primeiras semanas de vida. Nessa fase inicia-se a consciência com o agente materno e a fixação nessa fase seria a não-diferenciação perceptiva do agente materno, apresentando como principal sintoma a dificuldade e integrar as sensações advindas do mundo externo e interno percebendo na mãe essa ligação do mundo exterior.

No que tange à questão de colocar a etiologia da psicose infantil em fatores hereditários versus traumáticos e de frustração, podemos afirmar ser difícil determinar onde se localiza o distúrbio grave na psicose infantil precoce; se foi causado por uma falta de empatia ou patologia materna, por grande desvio inato do ego do bebê, por uma inerente falta de contato com o meio ambiente ou por descabida necessidade de fusão parasitário-simbiótica com o adulto. (Mahler,1993,pp. 25-26)

A Teoria Psicanalítica procura descrever o funcionamento mental, os estados afetivos e o modo como as crianças com TEA se relacionam com as pessoas. Nessa teoria o quadro apresenta-se como um intenso isolamento social no início da vida do bebê e com a hipótese de existir uma ligação entre autismo e depressão materna, onde a mãe sofre interferência na capacidade de envolver-se emocionalmente com o bebê. A centralização da síndrome estaria no déficit na capacidade de simbolizar, ou seja, o bloqueio da relação com a realidade e do desenvolvimento da fantasia.

A psique vive em constante luta por manter o equilíbrio entre tendências opostas. Por isso quando em estado consciente, se produz uma polaridade ou unilateralidade, o inconsciente reage através dos sonhos, ou fantasias para corrigir o desequilíbrio produzido. Em não conseguindo a correção do desequilíbrio pode desencadear um estado depressivo, que funciona como forma de rejeição inconsciente do que não se pode negar, no caso, o TEA num ser da família. A depressão funciona como uma defesa e o ser sem defesa é indefeso. Não se deve acabar com as defesas e sim organizá-las. Diz Freud:

Existe casos em que, numa pessoa, partes do seu próprio corpo, tanto material quanto mental – suas percepções, idéias e sentimentos -, lhes parecem ser entranhas, como se não pertencesse a si própria; também há casos em que o ser atribui ao mundo externo coisas que nitidamente partem do seu próprio ego e que não teria como não reconhecê-las. Assim, os limites do ego não são permanentes, estando nosso próprio ego sujeito a distúrbios.(Freud,1996,p.71)

A pulsão de vida e a busca do prazer de que trata a Teoria Psicanalítica justifica em sua base o estado depressivo em que muitas vezes o indivíduo se encontra, levando-o a isolar-se, a afugentar-se pelo princípio do prazer. A pessoa se utiliza de “uma tendência a isolar do ego tudo que pode vir a ser fonte de tal desprazer, a jogá-lo para fora criando um puro ego em busca de prazer, ego este que irá sofrer quando confrontado com o mundo externo, que lhe é desconhecido e ameaçador (Freud-1974). Nos seus escritos sobre o Mal Estar da Civilização, Freud demonstrou como as pessoas se utilizavam dos episódios depressivos como defesa:

Estando sob a pressão de episódios de sofrimento, não é de se espantar que as pessoas moderem suas reivindicações de felicidade – tal como, na verdade, a influência do mundo

externo, fez com que, até o próprio princípio do prazer, se transformasse no mais simples princípio da realidade -, que o ser humano considere felicidade o próprio fato de ter escapado da infelicidade ou que resistiu ao sofrimento, pondo em segundo plano a busca pelo prazer, já que a tarefa de evitar o sofrimento, em geral, é primordial. "(Freud,1996, p.73)

A impossibilidade de uma instauração apropriada numa criança do estágio do espelho consiste na não aceitação jubilatória diante de sua própria imagem, ou na não demanda de reconhecimento que poderia ser o resultado de uma falha deste primeiro reconhecimento. A falha neste evitamento do olhar seria uma supressão dos signos perceptivos do que poderia se fazer *olhar da mãe*, no sentido da sua *presença*, do seu investimento libidinal.

Lacan salientou a importância da captura da imagem do semelhante no estágio do espelho para seu próprio reconhecimento e que para que se possa advir ao campo do Outro não existe outro meio que não seja passar pelos significantes que, nesse momento, o afastam deste Outro. No percurso pulsional de que Lacan trata, falta à pessoa com TEA uma impossibilidade no final do percurso, de formar um novo sujeito a partir do olhar do Outro. Um dos maiores pontos de contradição que Lacan aborda é que Freud confunde o registro da pulsão e o da necessidade vital. Assim diz Lacan (1998,p.186): "As bordas para o autista não foram tomadas no circuito pulsional por não terem sido zonas de investimento erógenos, seus lábios deixam escoar o líquido salivar, não funcionando os esfíncteres como tal".

Em Freud vemos a pulsão como um conceito limite entre o psíquico e o somático, onde exemplifica a fome e a sede. Lacan vai examinar do que é composta a pulsão: o impulso, o alvo, o objeto e a fonte. O IMPULSO que se caracteriza por ser uma força constante no sentido de uma energia potencial. Diz ele:

"A energia cinética não se encontra presente na pulsão, não se trata de algo que vai se resolver pelo movimento. A energia que é descarregada encontra-se num plano diferenciado, de natureza diversa. As variações profundas, as que se inscrevem na totalidade do ser, se submetem a todos os ritmos, inclusive às próprias descargas que se podem produzir na ocasião da pulsão. A consistência do impulso não permite qualquer

assimilação da pulsão a uma finalidade biológica, já que a mesma não tem subida nem descida. É uma força constante”. (Lacan,1998,p.188)

O 2º componente seria a SATISFAÇÃO que surge em Freud como sublimação. Satisfazer a pulsão mesmo que o objetivo não seja atingido e mais que “essa pulsão tenha como função pra nós apenas a de colocar em questão o que é da ordem da satisfação e mesmo os sintomas existentes nos pacientes têm ligação com essa satisfação. Eles satisfazem a alguma coisa” (Lacan). Ele conclui que:

Pudemos dizer que o alvo é atingido quanto à satisfação. A noção de satisfação atribuída a Lacan é que entre o impulso e a satisfação da pulsão existe um movimento encíclico que se origina da borda erógena para retornar a ela após ter encontrado o objeto dessa satisfação. Por isso ele insiste em separar radicalmente de toda satisfação de uma necessidade orgânica. (Lacan,1990, p.63)

Ao OBJETO, Lacan chama de uma exigência pulsional, que é o que distingue satisfação de uma necessidade, de satisfação pulsional. Posteriormente Lacan introduz o “objeto causa do desejo” questionando-se sobre qual seria o lugar da satisfação da pulsão. Diz ele:

Quando a pulsão alcança seu objeto, compreende de algum modo que não é precisamente por aí que há a satisfação, porque nenhum objeto de nenhuma necessidade,pode satisfazer a pulsão; o alimento não é o que satisfaz – a boca apenas se abre para registrar a satisfação da pulsão. (Lacan,1990, p. 69)

A FONTE é uma construção em que o papel desempenhado pelo olhar do Outro é que a compõe. A pulsão, pois, deixa de ser articulação entre o biológico e o psíquico e sim uma articulação entre o significante e o corpo. Olhar é diferente de visão. O amor é cego.A satisfação da pulsão é a realização de todo trajeto da pulsão, é o que Lacan quando a ela se refere diz ser um circuito pulsional. E aí ele introduz na sua concepção de pulsão o “surgimento do sujeito da pulsão”.

Parece-nos possível colocar a hipótese de um fracasso nos autistas do tempo *alienação* da constituição do sujeito; e isso dentre outras coisas pela impossibilidade

ou a recusa do remate do terceiro tempo do trajeto pulsional, tempo onde o Eu se faz objeto de um novo sujeito.

Algumas vezes, verificamos nos autista, que não há um encarne da sua linguagem, e que parece indicar uma captura num **Outro simbólico-puro código**, sem poder articular-se a um **Outro real** que poderia encarná-la, sem que exista tampouco, no mesmo movimento, acesso ao estádio do espelho e a alienação imaginária presente nessa instância, bem como à constituição de um eu.”(Lacan, 1990, p.73)

A medicina tem uma fundamentação desde o seu surgimento como “busca à cura”, daí ter médicos despreparados para compreender a importância do olhar para a constituição do bebê, esse registro psíquico, que é a grande falta no TEA. Esse não registro é relatado por Foster (1999), ao falar da “falta de conexões existentes a partir dos oito ou nove meses, resultante da pobreza ou não existência do bebê em antecipar e se aproximar oralmente do peito da mãe, com resistência ao contato com esse peito, além de falta de reflexo para sugar o seio, fixar e seguir o olhar e, futuramente, sorrir socialmente.”

Este circuito pulsional segue um trajeto com remate no final. No nível da pulsão oral, no primeiro momento, que chamamos de ativo, o bebê busca o objeto externo, seio ou mamadeira; no segundo momento, que é reflexivo, o bebê toma parte do seu corpo como objeto, a chupeta ou o dedo; o terceiro momento que Freud chama de “passivo”, é quando o próprio bebê se faz objeto de um outro, esse famoso novo sujeito – a mãe. Isto torna claro que o laço ao Outro é fundamental. O terceiro momento consiste em ser olhado, “trata-se de *se fazer objeto de um novo sujeito, de se fazer olhar*. É a importância do **‘olhe prá mim, mamãe!’**.” E Lacan foi além desse momento que Freud chamou de passivo, dizendo não ser passivo, e sim momento particular de passividade, eminentemente ativo, pois o bebê suscita o interesse da mãe quando coloca o pezinho na boca, que podemos dizer que é o “*se fazer comer*” . O bebê autista não conhece esse tempo do circuito pulsional, o circuito não se fecha, ele não se antecipa como objeto de desejo oral da sua mãe, não se inscrevendo a alegria do seu rosto e no seu olhar. Muito embora possamos encontrar o conceito de *representação* em Freud com diferentes acepções, uma delas é esta do traço mnêmico investido, esse gozo que liga o bebê a mãe e que na

pessoa com TEA o investimento não aconteceu. Em relação ao fracasso da instauração da “representância” no autismo, Winnicott afirma que:

São os traços do rosto da mãe que permitem à criança reconhecer a si própria, e ela faz disso uma condição primordial de sua capacidade criadora. Isto leva a crer que Freud quando afirmou de que “os traços do **próximo assegurador** constituem sua parte condensada e incomparável” e que “a primeira experiência do **complexo do Próximo** é registrada no nível das representações do desejo, nas coordenadas de prazer pulsional suscitadas pelo bebê no Outro primordial, o **próximo assegurador**”.(Winnicott, 2013, p.48)

Campanário (2008) estabelece como causa para o TEA, “o fato dos pais não anteverem para os filhos situações funcionais que possam ser formadas na imaginação”. A instauração do circuito pulsional não se completa, faltou a busca ativa do olhar da mãe (Laznik, 2004). O circuito pulsional completo, passando pelo pólo alucinatório de satisfação é o circuito de todo pensamento inconsciente que Freud o chamava de *representante da representação da pulsão*. Quando o terceiro momento do circuito fracassa,

Nada garante que o auto-erotismo não fique desprovido de **Eros**, marca de ligação com o Outro. Retirando-se **Eros** do **auto-erotismo**, se lê, **autismo**. Não é garantido que no circuito encontre-se presente o **pólo alucinatório de satisfação**, no entanto, todo o sistema de representações pode funcionar, já que os processos de condensação e de deslocamento estão ausentes.(Wanderley, 2013,p.241)

Muitas críticas são feitas às concepções da teoria psicanalítica em relação à gênese do transtorno do autismo, no entanto sem elas não haveria a enorme difusão das características clínicas da síndrome para melhor compreendê-la.

1.2.4 Teoria da mente /TEA

Trevarthen (1979) procurou explicar o autismo como uma ausência na intersubjetividade primária. Essa intersubjetividade se originaria de razões genéticas ou ambientais que não oportunizaram os bebês as relações intersubjetivas, ou seja, obstáculos surgidos na interação entre o bebê e seu cuidador. Nas suas observações com bebês a partir de dois meses, já foi possível verificar diferentes respostas significativas através dos movimentos corporais, da face e das mãos quanto aos objetos que lhe eram apresentados e também em relação às pessoas, quando estava presente um sorriso e vocalizações de suas mães. Da mesma forma que foi observada as reações das mães em presença do sorriso do bebê.

Esse estudo da intersubjetividade primária fez com que se fizesse uma ligação entre a concepção da mente humana a interações sociais nos primeiros meses de vida, onde a consciência no sentido humano completo é inatingível. Segundo Trevarthen, no autismo essa interação, a capacidade de ter uma emoção causada pelo outro, de ter respostas emocionais está ausente. É uma incapacidade de interagir emocionalmente com outras pessoas, não reconhecer os estados mentais. Daí o prejuízo na habilidade para abstração e simbolização, e ainda, uma incapacidade de atribuir estados mentais aos outros e prever um comportamento dos mesmos em função dessas atribuições.

Não há empatia na pessoa com TEA, conseqüentemente falta-lhe vinculação. Frith (1989) define o déficit de “partilhar atenção” como sendo uma inabilidade em compreender o que se passa com o outro.



Fonte: scienceblogs.com.br

Pode-se dizer que “o conceito subjacente ao desenvolvimento da teoria da mente é o da representação – expressão de um objeto ou evento através de categorias alheias a esses mesmos objetos/eventos”. (Perner, 1991)

Baron-Cohen e equipe (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985) criaram o teste Sally-Ann para “investigar o possível comprometimento de crianças com autismo na habilidade de usar o contexto social para compreender o que outras pessoas pensam e acreditam.”

Numa perspectiva evolucionista para explicar o desenvolvimento de leitura da mente, Baron-Cohen (1995), sustenta que a função desse sistema seria estabelecer ligações entre as propriedades do mundo. No mecanismo da Teoria da Mente o que eles enfatizam é a atenção compartilhada através dos órgãos dos sentidos (visão, audição e tato), principalmente a visão, onde o olhar de ações ambíguas constitui o seu fundamento.

A teoria da mente é definida como a habilidade de inferir os estados mentais de outras pessoas (seu pensamentos e crenças, desejos, etc), e a habilidade de usar esta informação para interpretar o que dizem, dar sentido ao seu comportamento e prever. (Howlin, Baron-Cohen e Hadwin, 1999, p.87)

1.2.5 Teoria afetiva / TEA

A teoria afetiva trata o autismo como uma disfunção primária do sistema afetivo, sendo uma falta de habilidade inata base para interagir emocionalmente com as pessoas. Essa inabilidade faz com que haja uma falha em reconhecer estados mentais prejudicando a abstração e simbolização.

Hobson (1993, p.195), explica que “Os *deficits* no reconhecimento da emoção e na habilidade de utilizar a linguagem de acordo com o contexto social, seriam então, conseqüências da disfunção afetiva básica, a qual impediria a criança de viver a experiência social intersubjetiva.”

No caso, essa teoria explica que a disfunção afetiva é a falta de capacidade inata de perceber no outro a expressão facial, gestual e vocal e realizar inferência sobre as emoções advindas dessa linguagem corporal.

Afetividade (fig.16)



Fonte: WWW.universoautista.com.br

De acordo com Hobson (1993,p.201), “experimentar a intersubjetividade permite a criança progressivamente distinguir pensamento de realidade concreta, percebendo que pessoas diferentes lhe trazem significados diferentes a mesmos eventos advindos do ambiente”.

Eu acredito que esta triangulação envolvendo o self, o outro e um objeto de atitude é vitalmente importante como contexto no qual a criança passa a distinguir ‘pensamento’ de ‘coisa’ (ou inicialmente, ‘atitude’ de ‘coisas’), e apreende como é possível conferir novos significados à realidade aparente, como no brinquedo simbólico-criativo. (Hobson 1993, p.215)

Na teoria afetiva abordada por Mundy&Sigman (1989) diferentemente de Kanner, que enfatizava a afetividade sobre a cognição, eles enfocam os sistemas afetivo e cognitivo como de igual importância para o desenvolvimento social infantil. Logo, o comportamento de “atenção compartilhada”, que é a capacidade em dividir a experiência com objetos e eventos com o outro, não está presente na criança autista. Os esquemas de ação social são construídos nas relações afetivas com o

outro, nos jogos sociais, na integração. É um processo que não consiste apenas em perceber o afeto do outro, mas de comparar, que é uma habilidade cognitiva.

1.2.6 Teoria do funcionamento executivo /TEA

É a capacidade de planejar e desenvolver estratégias para ir em busca do objetivo. Como diz Duncan (1986,p.127)“a função executiva é a capacidade de planejamento e desenvolvimento de estratégias para atingir metas está ligada ao funcionamento dos lobos cerebrais frontais.”

A função executiva encontra-se ausente na pessoa com TEA. Essa incapacidade foi observada como um déficit subjacente no TEA quando o mesmo foi comparado com o comportamento das pessoas com disfunção no córtex pré-frontal. Tais comportamentos se assemelhavam as pessoas com TEA no que diz respeito à perseveração e inflexibilidade. O desenvolvimento da função executiva acontece quando há uma atenção compartilhada, ou seja, uma troca de atenção entre o bebê e o cuidador. Os lobos centrais tem seu amadurecimento em torno dos 6 meses, mesmo período em que essa atenção compartilhada se estabelece. Não havendo compartilhamento da atenção, os lobos cerebrais frontais ficam imaturos e a função executiva não se estabelece. Segundo Ozonoff (1985, p.54), “o funcionamento executivo é a capacidade de libertar o pensamento de uma situação imediata e do contexto para orientar comportamentos através de modelos mentais ou representações internas”.

1.2.7 Teoria da coerência central / TEA

A Teoria da Coerência Central pesquisa, a incapacidade que o ser que possui o espectro, tem em perceber o todo, provendo um significado a partir da junção de partes. Essa teoria estuda além dos déficits apresentados pela pessoa com TEA em formar uma coerência central, que é juntar partes para dar um significado ao todo, as habilidades em perceber detalhes, que muitas vezes é maior do que as pessoas que não possuem TEA. É possível perceber o diferencial nas crianças com TEA das que não tem, quando realizam de forma mais eficiente tarefas para localizar objetos ocultos ou memorizar mais facilmente palavras sem sentido do que as que tem

relação entre elas. A presente teoria enfoca apenas o comprometimento das funções executivas que estão diretamente ligadas a integração de um estímulo contextualizado.

1.2.8 Relações Familiares / TEA

A Psicologia há algum tempo vem se empenhando sobre a maneira como as famílias funcionam. Entretanto, o crescimento dos estudos nesse campo nos concedeu uma maior proximidade do conhecimento acerca da natureza complexa dos sistemas familiares a partir da contribuição do pensamento sistêmico. A pressuposição desse pensamento, segundo P.Minuchin (1985/1988, p.55), é que “toda ocorrência é um grande sistema caracterizado pelas relações e interações que se estabelecem entre suas partes”. Para ele, “a família é um todo organizado que se relaciona de forma interdependente a partir de vários subsistemas, tais como fraternal, parental e conjugal. Isso implica dizer que os acontecimentos de um subsistema afetam outro e vice-versa, já que um membro de um subsistema atua simultaneamente em outro subsistema fraternal (na família de origem e parental na família constituída, por exemplo)”.

Sendo assim, as experiências vivenciadas em um dado subsistema repercutem em seus comportamentos, ações e relações em outro subsistema. Em se tratando de família, que é um sistema complexo, estudar os fenômenos requer contextualizá-los e pensá-los a partir das relações causais entre seus membros.

Salvador Minuchin (1980-1990), que desenvolveu a Teoria Estrutural Sistêmica, postulou três componentes para o estudo de família, dentre eles, a sua Estrutura, que se refere às seqüências de comportamento que ao passar do tempo caracteriza e padronizam o contexto familiar estabelecendo regras, às vezes implícitas, onde cada membro desenvolve seu papel e função de cada subsistema, regulando a forma com que se relaciona, como se relaciona, e como se relaciona. São dois sistemas reguladores que mantêm esses padrões, um se apresenta de forma mais generalizadas pelas representações a cerca das normas que constituem uma organização familiar e outro mais específico, formado pelas expectativas de cada membro da família, em relação ao grupo e a ele próprio. São eles os responsáveis pelo equilíbrio do sistema familiar, em alguns casos resistindo às

mudanças, em outros criando alternativas coerentes com a descontinuidade sofrida pelo sistema. O que diferencia os subsistemas não se limita aos papéis que configuram a estrutura familiar, mas se estende ao modo como essas interações são percebidas pelas pessoas que compõem os grupos, tal como o tipo e tamanho dos subsistemas. Ao mesmo tempo em que a percepção contribui para a caracterização das fronteiras, por meio das representações sobre o que é ser pai/mãe, por exemplo.

A caracterização das fronteiras, citadas por S. Minuchin (1980-1990) é feita a partir de um *continuum*, de três formas: intransigente, aquela que limita o contato entre os subsistemas levando ao afastamento, “ela limita o afeto e carinho, porém estimula a autonomia”; nítida, bem definida a ponto de permitir a aproximação daqueles que a compõem e deles com outros subsistemas, sem prejudicar as funções por eles exercidas; e indistinta, não permitindo diferenciar os subsistemas, interferindo de forma negativa em seus encargos e autonomia, os subsistemas embaraçados “fazem surgir um sentimento maior de segurança, porém se priva da independência e da autonomia”.

Relações Familiares (fig.17)



Fonte: reflitasesempre.blogspot.com

A dinâmica e a estrutura de uma família estão diretamente ligadas às características dos indivíduos que a compõem. Daí existir peculiaridades relacionais nos diferentes sistemas familiares por se organizarem partindo dos seus traços individuais, como por exemplo, nas necessidades especiais. O núcleo familiar é de fundamental importância para a inserção do indivíduo com TEA na sociedade, como enfatiza a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

Art. 4º O ser com transtorno do espectro autista, não será privado de sua liberdade ou de conviver em família. Também não poderá sofrer tratamento desumano nem discriminatório em função da sua deficiência.

Abordaremos a seguir o relato de alguns autores acerca das relações familiares onde tenha em um de seus membros uma pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Como mencionado anteriormente as relações que permeiam e movimentam a estrutura familiar sofre influência das características das pessoas que a constituem. Considerando o conjunto de comprometimentos que o TEA apresenta, a família, dentro das suas limitações, terá que construir estratégias, para se adaptar a essa nova demanda de modo a atender às especificidades da criança e dos demais membros. O que configura essas famílias é a forma de como os pais enxergam o transtorno, se como limitante ou como habilidades a serem desenvolvidas.

É a partir do diagnóstico, que irá ser provocada uma atitude no sistema familiar para que ele seja reorganizado e possa lidar com o TEA. Essas mudanças não se darão apenas no sistema familiar, mas também na maneira como as pessoas que estão no sistema, principalmente nas figuras parentais, de como percebem a si e ao outro. Os estudos vêm demonstrando que a reação dos pais ao diagnóstico, não só do TEA, mas a qualquer outro déficit que o filho apresente, tendem a remeter a crenças e valores que constituem sua subjetividade. Isso poderá gerar situações conflituosas entre os pais uma vez que a crença nas intervenções a serem feitas poderá divergir.

A reação da família como um todo, dependerá de alguns fatores como: o grau de comprometimento da síndrome, competências e recursos dos pais que cuidam, a própria história individual dos membros que a compõem, travessia de situações conflituosas e de como foram superadas, relação comunicativa da família e nível sócio-econômico do grupo familiar. Outros fatores também são observados, tais como: “[...] o apoio de retaguarda que pode ser extrafamiliar ou da própria família, capacidade da família de se relacionar com os outros e de buscar ajuda, e possibilidade de que a família esteja enfrentando outra crise além da chegada desse filho[...].” (Flamenghi&Messa, 2007, p.183).

Embora não se negue que a conduta agressiva possa ser uma característica individual e que receba influência dos familiares e do ambiente, é sem dúvida, na família, mas do que qualquer outro meio social, através das interações entre seus membros, dos vínculos existentes, que a criança recebe a maior influência, seja de uma eventual psicopatologia ou desajuste dos pais e do modelo educacional doméstico. (Ballone, 2001, p.304)

Sprovieri e Assumpção (2001) ressaltam que na “família onde tenha uma criança especial, a saúde emocional desse grupo familiar sofre alterações. Admitindo-se que seus membros são interdependentes, as características de um membro afeta os demais e vice-versa”. Sendo assim, as demandas de cuidados que essa criança requer provoca mudanças nos papéis e regras a serem desempenhadas por todos que a compõem. Também, essas mudanças podem ser vistas como forma de fortalecimento entre seus membros, que conforme Paniagua (2004, p.65) “há famílias que conseguem criar estratégias de enfrentamento bem adaptadas, e isto não se constitui como fator determinante de desajuste familiar, não gerando estresse”. “O aceitar não deve ser interpretado como sinônimo de conformismo frente às especificidades do filho”. (Paniagua, 2004, p.70)

No TEA, a luta pela autonomia é diária e nas menores coisas. Os pais têm um papel fundamental para que eles possam ter essa aquisição. A dificuldade em proporcionar a autonomia a seu filho vai desde a falta de conhecimento a rapidez que a vida diária lhes cobra para desenvolver suas atividades.

Não há estímulo, pela sociedade, em pensarmos no que não está dentro do padrão, de algo que não é constituído. O impacto que uma criança especial causa sobre a família a levará a uma desconstrução de seus modelos e recriar uma nova forma de ver o mundo diante da realidade que se apresenta. Neste sentido, superar o conceito de doença e de como se vê a patologia é um dos primeiros desafios a serem seguidos. Quando a criança especial deixa de ser vista pelo seu déficit e começa a ser vista como um ser integral pleno de significado, iniciam desse novo olhar, atitudes e posturas que possibilitarão o desenvolvimento global do mesmo.

Os pais em momento algum devem deixar de se preocupar com as limitações de percepção, autonomia e comunicação de seu filho, eles apenas precisam reconhecê-las para poder buscar recursos que minimizem essas limitações e desenvolvam habilidades presentes neles. O autor ainda diz que é necessário modificar regras e papéis na família para que a mesma venha a se adaptar a nova situação, que é ter um dos seus membros com déficit de desenvolvimento. Sendo que o grau dessa adaptação vai além da reestruturação de aspectos relacionais e físicos de seu ambiente, a marca colocada à criança engloba-se às pessoas que se relacionam com ela, sua família e amigos, e essa pressão social em dados momentos, leva os pais a limitarem as atividades culturais e as interações extra familiares dos seus membros.

No caso da família com um filho com TEA, o suporte oferecido pelo ambiente familiar não é suficiente, ocasionando um maior estresse em comparação com outras estruturas familiares onde não há a presença de um filho com essa síndrome, e que se agravam mais quando existe comorbidades como no caso da agressividade.(Lee & Gotlib, 1994, p.78)

Algumas pesquisas constataram que o mais importante para configurar as relações na díade mãe/filho, era a percepção da mãe sobre as demandas da criança e sobre o seu papel de mãe, do que o transtorno em si. Apesar da ênfase nos efeitos negativos de um filho especial sobre o subsistema fraternal, é possível, como mencionamos acima, conseqüências positivas para os seus membros, como por exemplo, um desenvolvimento da autopercepção e a aprendizagem de se relacionar melhor como os outros, demonstrando aumento na maturidade, tolerância e responsabilidade, do que nas famílias onde não tenha um membro com Transtorno do Espectro do Autismo.

1.2.9 Inclusão escolar / TEA

Alguns documentos legais são importantes mencionar acerca do direito à educação e ao atendimento à criança com necessidades especiais. Na Constituição Federal de 1988, temos nos seus artigos a seguir mencionados: No Art. 205 diz que o meio social é o colaborador para que, a educação seja promovida e incentivada, uma vez que se trata de um direito de todos e de um dever da família e do Estado, com vistas ao total desenvolvimento do ser, preparando-o para o desenvolvimento do seu papel de cidadão e sua qualificação para o trabalho. No Art. 206, diz que o provimento do ensino seguirá alguns princípios básicos: I – acesso e permanência na escola com igualdade de condições; e no Art. 208, que o Estado tem como dever na Educação garantir: III - atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, de forma preferencial, na rede regular de ensino;”

Na Lei De Diretrizes E Bases Da Educação Nacional - LEI Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, no seu Capítulo V, Art. 58, que diz que a educação especial é uma modalidade de ensino que deve ser ofertada preferencialmente na rede regular para os alunos com necessidades especiais. E mais, que caso seja necessário, esses alunos tem direito ao atendimento especializado nas suas especificidades dentro do ensino regular; que somente terá atendimento educacional em classes e escolas especiais, no caso em que as especificidades dos estudantes se fizer necessário em face do grande comprometimento, não sendo possível incluí-los; e finalmente, que o direito a educação especial de zero a 6 anos deve ter início ainda na educação infantil. Assim sendo, está garantido o direito a um aprendizado maior das crianças já que a educação especial deve ser iniciada o mais precocemente possível. Segundo Orrú (2012,p.65), “... os bebês com ou sem deficiência, quando estão inclusos com outras crianças e adultos desde o nascimento, tem uma maior probabilidade de superar estágios de desenvolvimento”.

A Lei nº 12.764 (2012) que Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos do indivíduo com Transtorno do Espectro do Autismo, é o que temos de mais atual. Algumas diretrizes foram estabelecidas nessa legislação a fim de instituir sua consecução. Temos como diretrizes dessa política:

...a atenção total no que diz respeito às necessidades da pessoa com TEA pela área da saúde com o intuito de obtenção do diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e

nutrientes; a capacitação de profissionais, pais e cuidadores para a especialização no atendimento as pessoas com TEA, incentivando-os a essa formação. Como direitos à pessoa com TEA, ressalta a lei: o ingresso à educação e a profissionalização; acompanhante especializado aos estudantes com TEA incluídos nas classes comuns do ensino regular, que apresentem grande comprometimento; direito à matrícula, com punição ao gestor que negar esse acesso a escola, o pagamento de multa que varia entre 3 (três) e 20 (vinte) salários-mínimos.

Todas essas diretrizes estão dispostas de forma literal nos artigos seguintes:

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:
I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

- a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
- b) o atendimento multiprofissional;
- c) a nutrição adequada e a terapia nutricional; e
- d) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento.

Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado.

Art. 4º A pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Art. 7º O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

Também vale salientar que a Declaração de Salamanca e a Convenção de Guatemala foram dois grandes marcos indutores da política de educação para todos.

Até o momento nos referimos ao direito, a questão legal da criança em pertencer ao ambiente escolar. Sabemos, no entanto, que não basta a questão legal para garantir a inclusão, o aprendizado e o desenvolvimento da sua autonomia. É necessário estabelecer o sentido amplo da palavra pedagogia. Na Grécia as crianças eram levadas para um local de aprendizagem pelos escravos que por sua vez eram chamados de pedagogo, não porque instruíam essas crianças, mas por conduzi-las ao local onde iam receber essa instrução. Como podemos verificar esta amplitude da palavra pedagogia envolve todos, que de alguma maneira, estão interligados na busca do crescimento educacional da criança e não apenas no ambiente escolar.

Para Freire (1977), ensinar está diretamente ligado a pesquisar, afim de que venha a desenvolver a autonomia do educando, respeitando-o como um todo e o mundo que o cerca. A educação para ele era uma forma de intervenção.

Não há ensino sem pesquisa, e pesquisa sem ensino. E que cabe ao professor continuar pesquisando para que

seu ensino seja propício ao debate a novos questionamentos. A pesquisa se faz importante também, pois nela se cria o estímulo e o respeito à capacidade criadora das pessoas, e isso torna possível pensar na pedagogia para todos, ou seja, inclusive para as pessoas autistas. (Freire, 2012,p.105)

A LDB está norteando o atendimento aos alunos de 0 a 3 anos, tanto no que diz respeito ao direito a escolaridade, bem como os estímulos necessários a serem realizados nesse período e a inclusão das que são especiais preferencialmente no ensino regular. O documento do Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (Brasil, 2000, p. 29) diz que um programa de desenvolvimento é:

Uma junção de recursos e ações educacionais no sentido de promover o desenvolvimento global, e apoiar o processo inclusivo nas escolas, dos alunos com necessidades educacionais específicas, interagindo com assistência social e área de saúde. A finalidade desse programa é fazer com que o desenvolvimento das potencialidades da criança no que se refere aos seus aspectos físicos, psico-afetivos, cognitivos, sociais e culturais, privilegiando o processo de interação e comunicação através de atividades significativas e lúdicas.

Não há um programa exclusivo de estimulação precoce para o TEA. No entanto, a Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE publicou algumas diretrizes na área educacional sobre essa estimulação, que se constituem num conjunto de ações sistematizadas para incentivar o desenvolvimento desde a creche. Outras diretrizes da CORDE foi em relação a ações conjuntas da escola, assistência sócio-familiar e área médica.

Tanto o documento da CORDE como o referencial acima deixa claro que o trabalho desenvolvido no âmbito escolar para promover a inclusão necessita dessa interface com outras áreas. De acordo com as Diretrizes Nacionais da Educação Especial na Educação Básica (2001) o atendimento especializado deve acontecer dentro da escola, envolvendo toda comunidade escolar. Por conta disso os profissionais da escola devem ter formação para realização desse atendimento, independente de serem professores de educação especial ou de classes comuns.

Laznik disse, num Congresso Mundial de Autismo, realizado em São Paulo, no ano de 2005, que o diagnóstico de autismo, que era a nomenclatura utilizada naquele ano, era possível ser emitido apenas a partir dos 3 anos, e que anterior a essa idade, apenas se percebem os traços do transtorno. Atualmente, esses riscos dos quais Laznik referiam-se são espectros do transtorno. Logo, percebido esses espectros, a intervenção deve de imediato ser realizada para que bons resultados possam ser atingidos. “[...] Uma vez surgido esses traços, faz-se necessária uma intervenção para minimizar os sintomas, pois mesmo não tendo autismo, essa criança já apresenta um laço frágil com a figura maternante[...]” (Campanário, 2008, p.95).

Segundo os pais de uma criança com TEA ,quando seu filho tinha 2 anos começaram a perceber que “o filho não compartilhava interesse, era sempre sorridente e afetuoso, só que logo na seqüência, vinha o choro. Mudava de sentimento rápido e não sabiam o porquê.”O pai sendo médico e já tendo 2 filhos do primeiro casamento foi o primeiro a perceber a diferença. “Na noite da descoberta sofri muito, mas no dia seguinte continuei com a mesma rotina, levando meu filho para a creche”. A primeira escola se negou e indicou outra, que aceitou em função da proprietária ser pedagoga e ter tido um filho com autismo. No entanto, na tentativa de fazer uma escola inclusiva faliu, uma vez que os pais das crianças ditas normais não aceitavam e foram retirando seus filhos da instituição. Os pais adotaram a inclusão e o convívio com as diferenças como princípio de vida e por isso eram participantes. Aos quatro anos foi matriculado numa outra escola que aceitou o desafio.

O diagnóstico de autismo na família também sofreu mudanças. No início, o fato do autista se isolar e o contato com outras pessoas levá-lo ao sofrimento, fazia com que os familiares reforçassem esse isolamento no intuito de protegê-lo. Retornando a experiência vivenciada com a criança acima relatada, as intervenções educacionais foram iniciadas, porém em grupos de crianças com o mesmo transtorno ou de forma individualizada, de forma que não eram expostas ao meio social real.

É com esse sentimento inicial que temos que nos deparar como educadores. Todos os dias é um desafio para podermos incluir a família no processo de desenvolvimento pedagógico. Todas as ações precisam ser compartilhadas e co-responsabilizadas. A família tem que ser nossa maior parceira. É por isso que buscamos estar atentos nessa parceria.

Acreditamos que apenas no trabalho em conjunto com a família é possível potencializarmos o desenvolvimento da criança com espectro do autismo. O trabalho foi iniciado com toda comunidade escolar, mas principalmente com a família, onde é necessário que exista uma contrapartida com orientações em via dupla, e por isso, traçamos atitudes a serem seguidas pelas duas partes.

Da família para escola é necessário: Socializar hábitos e atitudes; Procurar resolver os problemas de forma conjunta; Informar sobre atividades desenvolvidas em outros horários: escola, lazer, saúde, etc.; Procurar não superproteger, nem desprezar; Acompanhar o(a) filho(a) nas suas atividades: escolares, esportivas, lazer, etc.; Levar o(a) filho(a) aos atendimentos clínicos necessários; Mostrar interesse nas atividades desenvolvidas; Não comparar suas realizações com a de outras pessoas; Se apropriar da sua especificidade para melhor compreender e atender o(a) filho(a); e; Manutenção e generalização das atividades trabalhadas na escola.

Da escola para a família são atitudes a serem tomadas: Mostrar as conquistas do(a) filho(a); Mostrar a importância da rotina para a aprendizagem; Informar sobre a importância de falar bem das atividades desenvolvidas fazendo com que ele(a) se sinta seguro(a) e com expectativa positiva; Realizar reuniões periódicas para apresentação da produção do(a) filho(a), sensibilização, trabalhar conjuntamente com ele(a) e trocar de experiências entre famílias.

A inclusão do aluno com TEA tem início a partir da sua matrícula numa escola regular. Essa matrícula deve ser feita de acordo com a idade que ele tem para que possa conviver num ambiente de sala de aula com seus pares. Nas escolas públicas de muitos municípios e estados ainda encontram-se salas especiais, apenas para estudantes com Transtornos Globais do Desenvolvimento, onde os autistas se

inserir. Esse fato não caracteriza uma exclusão e sim uma inclusão de fato, pois ele está numa escola regular, mas como apresenta problemas comportamentais graves, necessita de um espaço com um número reduzido de estudantes. No entanto, desfrutam do convívio com os estudantes que não são especiais em todos os ambientes da escola, bem como nos eventos de comemorações coletivas.

Partindo do princípio que o importante é desenvolver ações para o verdadeiro desenvolvimento de potencialidades, é necessário ter conhecimento do quadro apresentado pelo transtorno, legislação vigente e conhecimento da situação real do estudante. Isso envolve o conhecimento da família, situação sócio-econômica, atendimentos na área médica que vem sendo feitos, enfim, um histórico geral da vida desse estudante antes de chegar ao âmbito escolar.

Dentre as características da pessoa com TEA podemos citar: prejuízo no desenvolvimento da interação social e da comunicação; atraso ou ausência no desenvolvimento da linguagem; fala ecológica; movimentos estereotipados; repertório restrito de interesses; interesses por rotinas e rituais não funcionais. Os prejuízos na interação social são amplos podendo levar a dificuldades não verbais tais como: estabelecer contato visual; expressões e gestos faciais e corporais não socializados. Na comunicação, quando faz uso da fala, pode existir um prejuízo para iniciar ou manter uma conversa. Esta fala se apresenta por diversas vezes com ritmo, timbre e entonação alterados. As estruturas gramaticais são freqüentemente imaturas.

O interesse por rotinas ou rituais não funcionais é freqüente. Nos interesses, por exemplo, pode ser com datas, itinerários, trens e outros. Os movimentos corporais estereotipados envolvem as mãos como: estalar os dedos, bater palmas ou balançá-las sem coordenação. Também envolvem todo o corpo com “flipping” (balançar para frente para trás) e postura inadequada como: caminhar na ponta dos pés ou caminhar com deambulação. Há interesse excessivo por movimentos (rodinhas dos brinquedos, abrir e fechar portas, ventiladores ou outros objetos com movimentos giratórios). Além das características mais comuns, a pessoa com TEA pode apresentar outros problemas como citado anteriormente, tais como: distúrbios alimentares e do sono, agressividade e fobias.

Existem inúmeros estudos atuais e muitas teorias de intervenções, tanto para o enfoque clínico como educacional. Podemos citar como principais a Análise do Comportamento do indivíduo – ABA; Tratamento e Educação para pessoas com autismo e problemas correlatos na Comunicação- TEACCH; a Teoria da Mente e Mediação.

O educador deve considerar o nível de desenvolvimento do aluno por meio de uma avaliação nas diversas áreas: linguagem oral e escrita, cognição, coordenação motora e comportamental. Para isso existem diversos instrumentos tais como: Escala Portage de Desenvolvimento, Perfil Psicoeducacional Revisado–PEP-R, Questionário CHAT e outros. Depois dessas observações o professor terá subsídios para “elaborar um plano individual de ensino, currículo e formas de avaliação por portfólio e análise qualitativa do desenvolvimento.”

Esses procedimentos deverão contemplar o plano político pedagógico da escola, não sendo uma ação isolada do professor, mas uma resposta inclusiva da escola para atender a diversidade humana. Uma das responsabilidades do educador é intervir na vida dos educandos, por meio da reflexão e da ação, geradoras de estratégias pedagógicas para o bem comum. Cada vez mais os alunos com autismo chegam às escolas regulares, por isso os educadores precisam buscar metodologias pedagógicas inovadoras, facilitadoras, diferenciadas e produtivas para a construção do conhecimento e de uma melhor qualidade de vida para os alunos.

Para educar uma pessoa com TEA é preciso conhecimento sobre o espectro e, principalmente, sobre o modo de pensar dessas pessoas. Um dos melhores tratamentos para o autismo é a educação, sem contraindicação e efetivo em todos os casos do referido transtorno, independente da etiologia. Com a educação, a evolução é sempre positiva, ainda que possa ser lenta.

Quanto ao programa de aprendizagem é necessário traçar um perfil individualizado do estudante com TEA para que se possam organizar estratégias de ensino, com estruturação de material e intervenções adequadas. Sempre é bom lembrar que nenhum trabalho desenvolvido pelo professor de sala de aula será produtivo se não tiver o apoio da família e da comunidade escolar.

Mesmo sem programas específicos para o TEA, verificamos que, quando estimulados, as pessoas com transtorno têm seu desenvolvimento otimizado. E é através do Ministério da Educação que o quantitativo de experiências exitosas com TEA no que se refere à estimulação precoce vem sendo divulgada e ao mesmo tempo aumentando e se firmando essa prática.

Para Vigotski, a forma como as mediações são realizadas com crianças com necessidades educacionais específicas é que irão contribuir ou não para uma possibilidade de desenvolver habilidades e interagir com o meio em que está inserida. Ainda se refere a evidência que se deve dar as potencialidades e não a reabilitar as deficiências. (apud Zapparoli, 2017)

Os estudantes com TEA respondem bem aos sistemas organizados, por isso os professores devem ter o cuidado na organização da sala e do plano individualizado para conseguir ensiná-los efetivamente. Porém, antes mesmo de ter todo esse cuidado, devemos ter um ambiente sensível, ou seja, a escola necessita ser sensibilizada para receber esse estudante. De nada adianta, organizar a sala, fazer plano individualizado, optar por uma metodologia, se o ambiente escolar como um todo não estiver sensível aos direitos e a crença do potencial dos estudantes com transtorno. Um sistema de ensino organizado é um sistema estruturado.

Chamamos de estrutura de ensino uma ação em que o objetivo a ser atingido esteja com um padrão definido de organização. Quanto maior for o nível de comprometimento do espectro, mais estruturado deve ser o ambiente. Dada a singularidade da síndrome, cada estudante necessita de um plano individualizado. Esse plano, por sua vez, deverá ser feito a partir do conhecimento do sujeito para o qual o mesmo será desenvolvido.

É através da família que obteremos os dados necessários do estudante, tais como: hábitos, sintomatologia, preferências, aversões, etc. Este primeiro contato com a família tem como objetivo o fornecimento de dados sobre o estudante, bem como de verificar como ela está vendo esse membro familiar. Para isso utilizamos um **questionário para a família** (anexo 2) onde os itens acima estão elencados.

Após esse questionário, é viável que o professor faça um perfil de entrada do estudante, que poderá ser realizado em vários momentos nos primeiros dias de

aula. O objetivo é de perceber se os dados colhidos coincidem ou não com os dados fornecidos pelos familiares. Todo detalhe é importante na elaboração de um programa de ensino individualizado. Baseado no questionário aplicado aos pais elaboramos, com algumas adaptações, um modelo de **observações comportamentais e pedagógicas iniciais**.(Anexo 3).

Os professores também devem organizar uma rotina diária da sala de aula para que os estudantes possam aperfeiçoar suas habilidades assim como desenvolver aquelas que estão mais comprometidas. Inicialmente um Rapport¹ precisa ser estabelecido. Faz-se necessário a instauração do contato visual para que os comandos possam ser seguidos. Ao organizar a sala de aula, as dificuldades apresentadas pelo transtorno devem ser lembradas, para que de maneira efetiva a inclusão esteja sendo desenvolvida, atendendo assim a todos os estudantes.

Em relação a organização da área física pudemos pensar numa sala onde o quantitativo de estímulos visuais seja o menor possível, já que o espectro, na maioria das vezes, deixa a criança dispersa. Porém, as informações necessárias para que ela possa desenvolver ações de forma independente, devem ser feitas através de dicas visuais. Uma sala sinalizada com pistas visuais irá minimizar as dificuldades de compreensão dos eventos vivenciados na sala.

¹**Rapport** é uma técnica usada pela psicologia com o objetivo de estabelecer uma empatia entre pessoas.

A escola também faz parte dessa organização inicial quando escolhe, no caso de uma sala especial, ou mesmo a sala regular em que está matriculado um estudante com TEA, uma sala de um bom tamanho, iluminação adequada, próxima ao banheiro e que receba a menor interferência auditiva. Essa escolha é importante porque a sala necessita de espaço para ser colocado um “colchonete” no caso do

estudante necessitar de um tempo para se organizar; de luzes ambientais e pouca interferência do som, dado a hipersensibilidade existente no espectro; e de sinalizações no percurso ao banheiro. Também é importante uma sala com meia porta, onde ela se mantenha fechada para limitar o aluno ao espaço da mesma, porém com acesso ao visual externo. Esses são apenas alguns detalhes que precisam ser pensados para que a partir daí se organizem atitudes e programas de aprendizado.

Quando nos referimos em atitudes, são posturas que o professor deve ter diante do estudante com TEA, para que possa atingi-lo, no objetivo de vir a maximizar suas potencialidades. Tanto a linguagem expressiva quanto a receptiva pode estar prejudicadas, por isso o professor precisa ser objetivo e por vezes repetitivo ao emitir um comando, para que essa dificuldade não se transforme numa agressividade por falta de compreensão. Outra atitude, por exemplo, são os eventos que acontecem na escola que alteram a rotina diária, esta por sua vez, necessita ser vivenciada com a criança com TEA através de figuras ou palavras que historicem o que está por vir. Antecipar vivência de eventos também previne comportamentos inadequados. A seguir relato mais detalhadamente sobre algumas metodologias citadas acima e que são utilizadas no sistema educacional para a inclusão do estudante com Transtorno do Espectro do Autismo.

O método **TEACCH**, Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, foi desenvolvido por Dr. Eric Schoppler no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, Estados Unidos, nos anos 60. O método visa tratar e educar crianças com TEA ou com dificuldades na comunicação. Desde a sua criação e até hoje, é o que consta maior número de relatos de sucesso do desenvolvimento da autonomia nas pessoas com TEA. Segundo Gary Mesibov, da divisão TEACCH na Carolina do Norte (EUA), “o autismo funciona como se fosse uma cultura diferente já que afeta no indivíduo a forma como ele come, como se veste, ocupa seus momentos de lazer, se comunica e etc., e o papel do professor de pessoas com TEA, equivale ao de um intérprete fazendo conexão entre duas culturas diferentes (Camargos, 2002, p.146). Lee Marcus, diretor de Treinamento do Programa TEACCH, também na Universidade de Carolina do Norte, demonstra um crescente desenvolvimento, com

programas e trabalho junto a família das crianças com transtorno do espectro do autismo.

Ao criar o método, o Dr. Eric Schoppler visava um sistema como forma de estabelecer uma comunicação receptiva. O assistido vai receber a comunicação. Temos que pensar como ele pensa e não como a gente quer que ele pense. Se eu disser para alguém: não pense em coca-cola, ela pensa na mesma hora, porque o objeto é mais forte do que as palavras. Os pais devem atuar como co-terapeutas na intervenção, por isso a instituição ou profissional, ao menos uma vez por mês, deverá solicitar que eles estejam presentes para que vejam o trabalho que está sendo desenvolvido com o (a) filho (a).

A estratégia do método se utiliza de uma **perspectiva desenvolvimentista**, ou seja, parte do ponto de desenvolvimento em que a pessoa se encontra, como por exemplo, às vezes ele chega à escola com 19 anos de fralda e você não consegue mudar; do **relativismo de comportamento**, onde ele se bate toda vez que quer água. A mãe diz: eu já sei que ele quer água. O profissional tem que mudar este comportamento, para que todos entendam o que ele quer se comportando de outra forma e; da **hierarquia de comportamento**, onde citamos como exemplo: se o assistido que ir lavar as mãos, entendendo-se que a pia se localiza no banheiro, vai se ensinando aos poucos: 1º sai do local que está; 2º leva até o local do banheiro; 3º abre a porta do banheiro; 4º abre a torneira da pia, etc. Tem que ser em doses homeopáticas. Da mesma forma que ensina uma criança sem espectro do autismo a escovar os dentes e outras coisas, seguindo etapas.

O método TEACCH se compõe de um **ensino estruturado**, com estrutura física da sala com móveis claros e simples e com o mínimo de objetos que propiciem distrações, tais como: móveis, quadros, etc. O programa é **individual** e a avaliação deve ser constante e através do PEP-R, anualmente.

A Organização da sala de aula inclui um **painel de rotina** (fig.18 e 19) que pode ser na parede ou na mesa; a **mesa de aprendizado**(fig.20), que é a mesa que o aprendiz trabalha com alguém e; a **mesa de trabalho independente**(fig.21), que é a mesa que o aprendiz faz a atividade que muitas vezes já aprendeu e por isso faz

sozinho (as atividades a serem realizadas está no painel de rotina), ou basta dizer: trabalhar e ela vai buscar um material.

Modelos de Painéis de Rotina (fig18 e 19)



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com>

A postura do profissional deverá ser uma postura de quem ensina mediando, construindo dicas visuais para que a pessoa com TEA passe de uma comunicação receptiva para uma comunicação expressiva e desenvolva o trabalho de uma forma mais independente possível. Sendo assim o método atingirá seu objetivo final que é a comunicação e independência. O erro é banido do trabalho para que não seja fixado, o acerto sim, este é valorizado para que seja incorporado. O encorajamento à realização da atividade é uma postura constante que o assistente deve manter, nunca utilizando o nome da criança como sinônimo de **não**, como por exemplo, de forma exclamativa e também não permitindo que um trabalho fique inacabado.

Intervenção da professora (fig.20)



Fonte: Sala de Recursos da Prefeitura do Recife

Segundo ainda Camargos Júnior (2005,p.260) o método TEACCH tem intervenções fundamentadas em influências comportamentais e psicolinguísticas. É um ensino estruturado que visa a extinção ou diminuição da hiperatividade, estereotípias verbais e/ou motoras e outros que são comportamentos indesejáveis na síndrome, bem como, introduzir condutas inexistentes, como por exemplo, estabelecer o contato visual. Quanto às influências lingüísticas o método se estrutura em diversos níveis através de um plano individualizado para cada criança com TEA.

Mesa de trabalho independente (fig.21)



Fonte: best-practice.middletonautism.com

O método **TEACCH**, utiliza-se de um perfil psicoeducacional da criança, que é elaborado através do instrumento avaliativo PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado), onde seus pontos fortes e suas maiores dificuldades são detectadas, para elaboração de um programa individualizado. Nesse instrumento é possível

identificar as habilidades que se encontram inatas e as possibilidades de superar limitações, estimulando as lacunas de aprendizagem existentes. Propõe-se assim uma forma mais segura de um plano individualizado de ensino estruturado à luz do programa TEACCH.

Essa metodologia baseia-se na organização de um ambiente físico onde o trabalho é desenvolvido através de rotinas. Baseado no programa que foi elaborado para a criança e os objetivos que esperamos que ela venha atingir, são organizados painéis, agendas, quadros de orientação, para que ela tenha facilidade em entender o que queremos dela, e desenvolver as atividades de forma mais independente possível. Assim, o TEACCH necessita do professor para intervir na aprendizagem ao mesmo tempo que proporciona sua independência.

Muito embora existam muitas críticas na utilização desse método com crianças de alto nível de funcionamento, as experiências mostram que o TEACCH, adequadamente usado, pode ajudá-las. Outra crítica é que ele supostamente "robotizaria" as crianças. Contrariamente a esta crítica, o que observamos é que após um processo prolongado de aprendizado, a pessoa com TEA tende a se humanizar mais e progressivamente. Algumas habilidades constroem alguns significados. O trabalho desenvolvido com o método TEACCH tem como principais objetivos a comunicação e independência, contribuindo para um ser autônomo.

O ABA -Análise Aplicada do Comportamento , é o tratamento comportamental analítico da criança com TEA com o objetivo de desenvolver habilidades por fases e de forma individualizada. As habilidades a serem desenvolvidas são relacionadas a dicas ou instruções, e a intervenção para aquisição de uma habilidade pode ter o apoio físico do adulto, que será banido à medida que ela vá realizando a atividade sozinha, para não se tornar dependente dele. A criança ao emitir uma resposta adequada, ocorre algo agradável a ela como recompensa ao seu bom desempenho, recompensa esta, que pode ser física ou social, como um elogio, por exemplo. Quando a recompensa é usada de forma contínua, a criança tende a repetir a mesma resposta.

O primeiro ponto importante é tornar o aprendizado agradável para a criança. A segunda coisa é ensinar a criança a distinguir os diferentes estímulos. As respostas com indícios de problemas, tais como, negativas ou birras, não recebem recompensas. Ao mesmo tempo em que, esse comportamento é registrado e analisado, a fim de que seja identificado o que ocasionou o que está reforçando esse comportamento negativo. Desse modo, esta criança será trabalhada de forma positiva, a fim de que comportamentos indesejados sejam minimizados. O importante no ABA é o registro atitudinal da criança de forma incessante, para que se realize repetição na recompensa do comportamento satisfatório e o mesmo seja incorporado pela criança.

O **PECS**- Picture Exchange Communication System, é um sistema por troca de figuras para intervenção aumentativa/alternativa de comunicação voltado para pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo. Foi desenvolvido por Andrew S. Bondy e Lori Frost. O seu protocolo é baseado no livro de “Comportamento Verbal” de autoria de B. F. Skinner. O ensino dessa comunicação é gradativo e tem seu início levando a criança a olhar nos olhos do adulto para em seguida dar início a comunicação através das figuras. É um método que não necessita de imitação como acontece na língua brasileira de sinais – LIBRAS, e apenas se utiliza do “dedo” para apontar. Ao contrário das críticas por falta de conhecimento, onde dizem que faz com que a criança fique “preguiçosa” para falar, o que se tem constatado é que se tem tido muito sucesso no desenvolvimento da oralidade em crianças com TEA. O objetivo não é levar a criança a falar e sim a se comunicar para um desenvolvimento da Autonomia.

Apesar de todas as considerações acima mencionadas é extremamente necessário realizar capacitações do corpo docente e sensibilizações contínuas na escola. Existem várias formas de capacitar, o importante é que seja continuamente e envolvente para que o projeto pedagógico da escola possa ser incorporado por todos aqueles que dela fazem parte. Diante disso, sugerimos um **modelo de capacitação** (Anexo 4) para propiciar a inclusão da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo).

Também apresento alguns dos materiais que podem ser confeccionados na parte 3 da capacitação quando da participação dos professores na oficina pedagógica. São materiais de fácil confecção e baixo custo (fig.21 a 39)

Encaixe / coordenação motora fina (fig.21) Rosqueamento/ coordenação motora fina (fig.22)



Fonte: SRM da Prefeitura do Recife

Quebra-cabeça /raciocínio lógico (figs.23 e 24)



Fonte: material confeccionado em formação continuada na Prefeitura do Recife

Relação numeral/quantidade (figs.25, 26 e 27)



Fonte: SRM da Prefeitura do Recife



Fonte: SRM da Prefeitura do Recife

Formação de palavras (fig.28)



Fonte: SRM da Prefeitura do Recife

Pareamento silábico (fig.29)



Fonte: SRM da Prefeitura do Recife

Cores primárias/coordenação motora fina (pinçamento) – (fig.30)



Fonte: SRM da Prefeitura do Recife

Conjunto(fig.31)



Pareamento(fig.32)



Fonte: material confeccionado em formação continuada na Prefeitura do Recife

Correspondência palavra/cor (figs.33 e 34)



Fonte: SRM da Prefeitura do Recife

Fonte: SRM da Prefeitura do Recife

Classificação de cores (figs.35 e 36)



Fonte: material confeccionado em formação continuada na Prefeitura do Recife

Relação Figuras x Vogais (figs.37 e 38)



Fonte: material confeccionado em formação continuada na Prefeitura do Recife

Coordenação Motora Grossa (fig.39)



Classificação (fig.40)



Fonte: material confeccionado em formação continuada na Prefeitura do Recife

Como parte da inclusão, cada estudante necessita de um **Plano de Atendimento Educacional Especializado** a fim de que possa ser atendido na sua individualidade. Esse plano segue um **roteiro** e durante todo o ano é reestruturado de acordo com os avanços obtidos. (Anexo 5). Associado ao plano, pranchas de atividades de vida autônoma são construídas para o desenvolvimento da autonomia (fig.41 a 43).

Abrir e fechar zíper (fig.41)



Fonte: AMA-SP

Abotoar e desabotoar (fig.42)



Fonte: AMA-SP

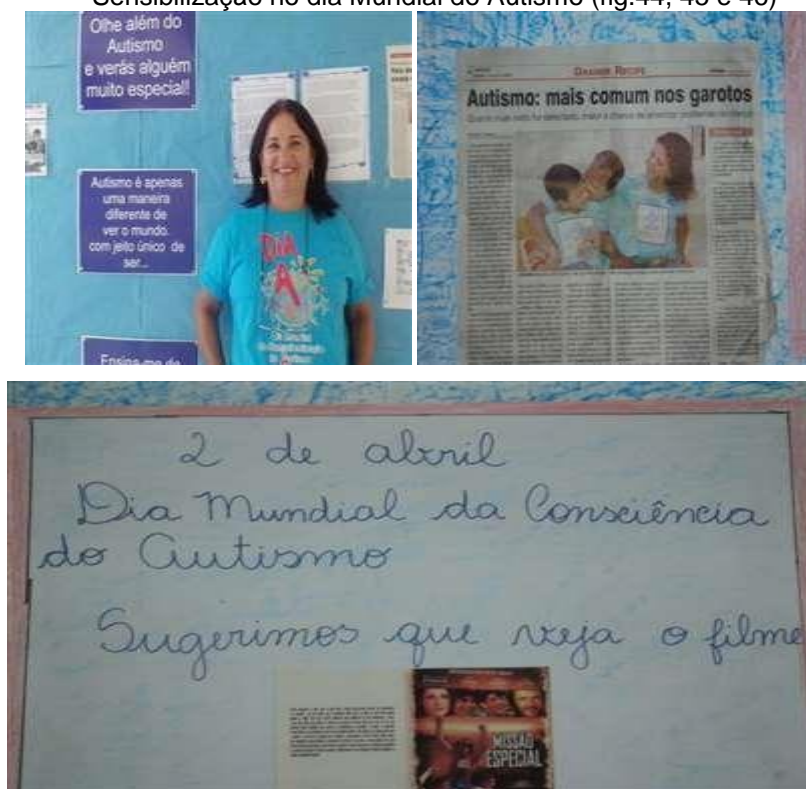
Dar laços (fig.43)



Fonte: AMA-SP

Muito embora haja um dia mundial de sensibilização da sociedade para as pessoas com espectro do Autismo, o dia 02 de abril, as sensibilizações devem ser constantes nas escolas (figs.44,45 e 46), através de cartazes, exibição de filmes, etc. Também devem ser socializadas bibliografia e cinemateca.

Sensibilização no dia Mundial do Autismo (fig.44, 45 e 46)



Fonte: Escola da Prefeitura do Recife

1.3 Estimulação Precoce

1.3.1 Conceito

O termo "estimulação precoce" são ações realizadas junto às crianças o mais cedo possível, para que as mesmas desenvolvam no máximo suas potencialidades. O objetivo não é acelerar o desenvolvimento, mas no momento que essa estimulação é realizada contribui para um desenvolvimento saudável. As ações que são desenvolvidas junto ao bebê, para que ele se desenvolva o máximo possível, desde o nascimento, com vivência de experiências possíveis, é o que vem a ser estimulação precoce. (Bralic, Habubslar e Lira 1979)

Trata-se de um progresso onde a partir da convivência que a criança tem com as pessoas que estão ao seu redor, as etapas do desenvolvimento vão sendo atingidas e experiências enriquecedoras vão acontecendo. Esse processo pode ter início com os pais, estimulando os filhos desde o nascimento (fig.47).

Estimulação Precoce (fig.47)



Fonte: autismoemgoiania.blogspot.com

Ainda num sentido mais amplo, a estimulação “é um conjunto de ações que podem ser terapêuticas e educativas, refletindo diretamente na criança, no sentido de estimular os processos de aprendizagem no âmbito sensorial, motor, da linguagem, emocional e social.”(Bach, 1983). Em se tratando de crianças especiais, os estímulos precoces efetivos facilitam a aquisição de aprendizagens, contribuindo na organização e reestruturação do eu.

1.3.2. Historicidade

Se historicamente sabemos que crianças especiais viviam confinadas ou morriam precocemente, dado ao avanço da ciência através da psicologia, da medicina e da educação, os estímulos precoces levam a uma diminuição na mortalidade e minimização dos sintomas. Quanto à estimulação precoce, encontramos o primeiro documento que se refere a seu atendimento na Política Nacional da Educação Especial (Brasil, 1994) que diz:

Aos vários estímulos e treinamentos apropriados oferecidos nos primeiros anos de vidas a crianças já identificadas com déficit ou com alto risco, no intuito de proporcionar o melhor potencial que possam vir a ter, dá-se o nome de Estimulação Essencial.

Na Constituição de 1988 esse direito está garantido no seu Art. 205, onde assegura o atendimento em creches e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade, para que tenham um pleno desenvolvimento. Atualmente temos documentos que dão garantias legais no processo de Estimulação Precoce. No Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal 8.069/1990 (ECA), Art. 3º, fica compreendido que (Brasil, 1990):

A proteção integral da criança e do adolescente são direitos próprios do ser humano de que trata esta Lei. Isso lhe garante o direito de lhe ser facilitado todas as oportunidades, para que em condições de liberdade e dignidade, se desenvolvam fisicamente, mentalmente, moralmente, espiritualmente e socialmente. (ECA,2019)

No Brasil os médicos pediatras, em geral, não percebem os sinais do TEA, já que não existe uma intenção voltada para área psíquica da criança, ou para os sinais que elas possam apresentar de risco psíquico. Haveria necessidade de uma sensibilização nesse sentido para que os sinais não fossem percebidos tardiamente. Os médicos precisam ser capacitados para terem conhecimento dos Indicadores Clínicos para Risco Psíquico. No entanto, no momento em que não é percebido um desenvolvimento na fala compatível com a faixa etária, é que são dirigidos para um acompanhamento na área mental (Campanário, 2006). Até que se esgote toda a possibilidade de um distúrbio físico, tendo a criança passado por profissionais como: neurologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e outros, é que ela chega ao consultório do psicólogo. Já na França, as crianças entre três a quatro anos passam por um exame clínico obrigatório onde os pediatras são orientados a observarem a relação mãe x bebê.

Ainda é ressaltado por Laznik (2004) que até em crianças com transtorno do espectro do autismo na faixa entre três a quatro anos, existe a possibilidade do circuito pulsional completo ser (re)estabelecido. Todavia, o natural é que ela se aproprie de forma natural do campo dos significantes do Outro numa fase anterior a essas idades. Isso só vem a corroborar com a importância da intervenção precoce para minimização dos danos do TEA, muito embora, saibamos que até o momento não tem como se dá a total ausência dos sintomas, ou como na área médica, se diz

a cura do transtorno. Quando iniciamos a intervenção nos primeiros meses de vida até os dois anos, a cristalização dos sintomas ainda não aconteceu. Como diz Campanário & Pinto(2006), o tratamento de autistas além dos seis anos já se mostra mais difícil, uma vez que o contato com eles fica com maior limitação, além de que, há uma restrição do que o tratamento alcançaria quanto ao objetivo terapêutico e não ao tempo maior que ele requer.

Tem se verificado que a idade em relação a clínica no transtorno do espectro do autismo, de quando se inicia o tratamento, é decisivo para seu melhor resultado, diz Campanário (2008). Porém, não se deve apenas atribuir a idade para que o progresso seja satisfatório, mas também a toda uma gama de fatores tais como: o tipo de tratamento, a frequência com que a criança é atendida, a maneira como for realizado o diagnóstico e entregue aos pais e se havia suposição de sujeito pelos que estavam acompanhando o caso.

1.3.3 Evolução

Apesar da crescente discussão, a capacitação de profissionais para lidar com as crianças com TEA ainda é precária. Há poucos anos as universidades começaram a incluir nos seus currículos disciplinas ligadas à Educação Especial, no entanto, ainda é causa de desespero quando uma criança com espectro chega ao ambiente escolar, dado a singularidade que elas possuem e o desconhecimento acerca de como suas potencialidades, quando acreditadas, possam ser desenvolvidas.

Existem três pressupostos pelos quais os atendimentos de intervenção precoce necessitam estar apoiados segundo Meisels&Shonkoff (1990). Primeiramente que haja a interdisciplinaridade, sendo essa, a junção de várias áreas voltadas para um único fim. Nisso, se faz necessário a contribuição e atuação de profissionais das áreas de Medicina, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, etc. O segundo pressuposto diz respeito ao contexto no qual está inserida a criança. É necessário contextualizar o desenvolvimento dessa criança, a família onde ela está inserida que por sua vez também está inserida num contexto social mais amplo. E, concluindo, temos o terceiro pressuposto que deve estar subjacente aos serviços de estimulação precoce é que, o comportamento e a capacidade de desenvolvimento não estão determinados pela genética no início da vida e, muito menos, existe uma

limitação por um período crítico além do qual mudanças não são possíveis. A importância está em considerarmos que estimulações provenientes do ambiente da própria criança podem potencializar o seu desenvolvimento.

Vêm aumentando no Brasil, os congressos e publicações sobre intervenção precoce em saúde mental, inclusive o Ministério da Saúde está financiando para uso dos pediatras, uma pesquisa no sentido de serem validados os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, a partir da interação do bebê com os pais. Assim, “[...] esperamos que há possibilidade de que o médico perceba, cada vez mais cedo, as dificuldades na relação pais x bebês e suas conseqüências para a constituição psíquica da criança [...]”. (Bernardino, 2008, p. 50)

“Estudos na área de neurologia também enfatizam a estimulação precoce como potencializador do desenvolvimento infantil, principalmente entre 0 e 2 anos de idade”, diz Carraro(2010). Nesse sentido, também diz Santos, Gonçalves & Gabbard:

É nessa faixa etária que há a estruturação do sistema neural e a criança apresenta-se com individualidade e independência através da coordenação das ações sensório-motoras. As rápidas mudanças evolutivas desse período resultam na organização do desenvolvimento neurológico, que recebe influência de fatores genéticos e ambientais. (2000)

Pudemos ainda afirmar que, a estimulação precoce deve ser realizada por um período maior. Através das leituras literárias, como por exemplo, de Reynoldes e Temple (1998), onde discordam que a “estimulação precoce não deve ser apenas nos primeiros anos da educação infantil e sim se estender além dessa etapa escolar.”

1.3.4 Finalidade

Com a estimulação precoce, desejamos que a criança fosse vista inicialmente como sujeito histórico e não como um “diagnóstico estático.” Como nos faz lembrar Vygotsky, se não enxergarmos por esse prisma só iremos estabelecer relações num núcleo secundário, deixando despercebidas as potencialidades a serem desenvolvidas. “É importante que eles entrem em contato com a maioria”. Esse estímulo realizado precocemente faz com que os níveis de desenvolvimento

que ainda não foram atingidos possam ser desenvolvidos, é o que nos fala Vygotsky (1999) quando se refere a zona proximal¹ do desenvolvimento.

Luria é outro autor que vê na Estimulação Precoce contribuições para o desenvolvimento. Ele apóia-se na neuropsicologia para afirmar a plasticidade cerebral, diz ele:

Um comportamento ou processo de aprendizagem pode ser desencadeado por mais de um sistema funcional, que chamamos muitas vezes de sistema alternativo. Com isso, afirma que sendo o cérebro um órgão de uma plasticidade imensurável não tem sua estrutura em sistemas funcionais inalteráveis ou fixos.(apud Fonseca, 2002, p.123).

Enquanto plástico, o cérebro não fica bloqueado a desenvolver habilidades se estimulado. A concepção da plasticidade cerebral sugere exatamente isto, condições externas modificando as condições internas. São essas bases científicas estudadas por Luria que comprovam as expectativas positivas no desenvolvimento das crianças com Transtorno do Espectro do Autismo.

A intervenção precoce do TEA é necessária, o diagnóstico precoce não. O diagnóstico não deve ser informado aos pais de modo precipitado, uma vez que lida com riscos, com hipóteses, independente da área profissional, seja médico, psicólogo ou outro especialista. O importante é perceber os sinais de risco de TEA nos primeiros meses de vida e que esses sinais sejam transmitidos para os familiares. Quando nos referimos a transmitir os sinais para a família é no sentido de alertá-la de que seu bebê não está bem, possibilitando assim, realizar um trabalho com eles de escuta e ressignificações. Os profissionais e pais podem realizar uma intervenção para que o circuito **pulsional** possa ser possibilitado de um (re)estabelecimento, neste caso, o terceiro tempo que se encontra ausente, para que o bebê possa entregar-se ao Outro e **figar** seu gozo.

No TEA a estimulação precoce está diretamente ligada a uma prevenção secundária, que vem a ser uma redução dos sintomas e desenvolvimento das potencialidades das capacidades preservadas. As intervenções efetivas e a participação da família em programas de estimulação minimizam os transtornos.

Quando registramos a estimulação como sendo uma prevenção secundária é porque os sintomas do espectro já foram observados, no entanto Bennett & Guralnick (1991) e Holly (1973), concordam dizendo que “a possibilidade de um melhor prognóstico de reabilitação acontece quando a criança com déficit se submete a programas de estimulação mais precocemente e que essa atitude, ainda pode diminuir futuras disfunções nas relações emocionais e afetivas em relação aos pais, quando estes recebem apoio e orientação.” No processo de estimulação, quando os profissionais de educação e saúde oferecem aos pais esse apoio, maximizam a independência da criança, reduzindo os comportamentos autolesivos, estereotipados e posturas corporais inadequadas socialmente, bem como ajudando-os no controle dos conflitos emocionais.

Se para as crianças que não tem necessidade especial a estimulação precoce tem por objetivo possibilitar o desenvolvimento de pessoas mais seguras e estruturadas emocionalmente, para as crianças com TEA essa estimulação torna-se fundamental no intuito do surgimento das conexões neuronais. Sabendo-se que, essas conexões dos neurônios se desenvolvem cerca de 90% nos cinco primeiros anos de vida e no caso do espectro elas são praticamente inexistentes.

Não existem dados estatísticos dos ganhos obtidos no TEA nos programas de estimulação precoce, porém os relatos dos educadores e pais por mim acompanhados fazem crer que o crescimento no desenvolvimento das potencialidades dos que receberam o estímulo antes dos cinco anos é bastante diferenciado dos que não receberam até essa idade.

Uma proposta de intervenção precoce na criança com TEA minimizam os sintomas desenvolvendo tolerância em situações conflituosas anteriormente não suportáveis. Altera comportamentos, desenvolve habilidades e proporciona a socialização. A singularidade na elaboração de um programa bem desenvolvido e nos primeiros anos de vida é que vai fazer a diferença no desenvolvimento das potencialidades.

Também são nos primeiros anos de vida que a ludicidade está presente como instrumento primordial para o desenvolvimento infantil. A palavra “lúdico” vem do latim *ludus* e significa brincar. Nela se incluem os brinquedos, jogos e diversões, diz Oliveira (2002). A função básica da criança é brincar. É através do lúdico que ela

descobre o mundo que a rodeia. Através do brinquedo, elaborado com exploração, repetição ou transformação ela adapta-se ao ambiente ou adapta o ambiente a si.

Ainda em relação à criança com TEA, que tem prejuízo na socialização, diz Souza & Lima (2008) que “os jogos e brincadeiras são formas de promover a estimulação da criança na realização de algo já que ela é sedenta pelo brincar”. O brincar para a pessoa com TEA tem uma enorme importância, já que sabemos que é através do lúdico que a criança interage com o meio e com as pessoas.

A inserção da brincadeira na estimulação precoce é essencial e leva a criança a um envolvimento maior, já que é através do brincar onde o desenvolvimento de habilidades se dá nos primeiros anos de vida. No processo de evolução do desenvolvimento, a aquisição e o aperfeiçoamento de capacidades funcionais, devem ser ensinados a partir desses anos. A dificuldade no desenvolvimento das pessoas com TEA faz com que tenhamos com cada uma, um olhar específico, para que possam receber a estimulação necessária nas áreas mais deficitárias e assim evoluir da melhor maneira possível.

Vygotsky (1987) fala da importância da linguagem no processo de desenvolvimento, onde a atividade lúdica contribui para um maior estímulo ao desenvolvimento mental e físico. Ainda seguindo os princípios de Vygotsky (1999) e a zona proximal a qual o mesmo se referia, quando a criança brinca, a zona de desenvolvimento proximal¹ é criada, isso vai ajudar o desempenho das habilidades. Ao brincar, a criança faz descobertas, cria situações, imita, se movimenta; ela vivencia experiências e desenvolve habilidades que contribuem para otimizar o seu desenvolvimento. Diz ele:

¹ **Zona proximal** é a distância existente entre o nível de desenvolvimento verdadeiro, determinado através da resolução de problemas de forma independente, e o nível de desenvolvimento que a pessoa pode chegar, que é o nível potencial, onde a resolução de problemas é intermediado por um adulto ou pela colaboração de companheiros mais capazes.

Só através do pensamento surgirá a linguagem e, a palavra, dotada de um significado que o próprio sujeito irá construir, será a base para que sejam instituídos novos significados em momentos mais avançados do desenvolvimento. Conceberá assim, subsídios para o estabelecimento de uma socialização infantil. (Vygotsky, 1999, p.264)

A indústria de fabricantes de brinquedos em todo o mundo teve sua produção acelerada após os anos 1980 principalmente quando leva em consideração as necessidades das crianças relacionado-os a idade e interesse. Eles reconheceram através da escrita dos estudiosos da época de quão importante é, um brinquedo bem elaborado, para que as crianças possam representar uma forma de apreender o mundo, de interagir e de desenvolver suas habilidades e capacidades. Na estimulação precoce o brinquedo e a brincadeira se justificam quando são compreendidos como propensores do desenvolvimento físico, mental, da criatividade, da percepção e da interação social.

O mundo que cerca a criança pode ser observado pelo uso que faz dos brinquedos e brincadeiras onde ela pode desenvolver sua imaginação e chegar a representação. Através do brinquedo ela revela-se e dar vazão as emoções. O brinquedo lhe permite enfrentar situações que foram vivenciadas de forma dolorosa ou mesmo enfrentar situações proibidas no real, contribuindo assim para minimizar situações conflituosas. O investimento dos pais no olhar precoce ao espectro do autismo, tendo conhecimento das fases do desenvolvimento da criança, pode ser visto nesta falta de interesse do brincar e do não olhar para imitar. A permanência do objeto é nula no TEA.

Considerando que no TEA a linguagem verbalizada possa estar ausente nada nos impede da utilização da ludicidade na sua estimulação, pois mesmo que a linguagem não surja o desenvolvimento cognitivo surgirá. Para as crianças com TEA a estimulação precoce pode garantir uma qualidade de vida melhor, desenvolvendo seu potencial e diminuindo o grau do espectro. Possibilita o desenvolvimento de suas potencialidades constituindo-se como sujeito psíquico. “[...] Busca-se atender o bebê de forma mais eficiente às suas necessidades dado a importância desse período do desenvolvimento, onde se tem observado ser o período primordial para sua constituição como sujeito [...]”. (Franco, 2007, p. 76)

Bronfenbrenner (1989) enfatiza a importância da relação interpessoal no processo estimulativo. De acordo com a abordagem ecológica do desenvolvimento proposta pelo mesmo autor:

...Tratando-se de desenvolvimento humano podemos dizer que ele é dinâmico e que se dá de maneira contextual recebendo influência de diferentes contextos ecológicos ambientais, seja de forma direta ou indiretamente, o indivíduo está interagindo. A partir desse princípio, entendemos o desenvolvimento como sendo vários processos onde o ambiente e a individualidade do ser interagem, produzindo constâncias e alterações nas características desse ser durante toda sua vida. (Bronfenbrenner, 1989)

Hallal, Marques & Braccialli (2008) e Lampreia (2007) afirmam que obtiveram resultados maiores quando as intervenções realizadas se deram precocemente comparadas com as que se deram tardiamente. Estudos neurológicos explicam esses resultados através da plasticidade cerebral. Um ser em desenvolvimento quanto maior for estimulado e mais precocemente, mais a plasticidade neuronal entrará em ação possibilitando uma maior aquisição de habilidades e desenvolvimento das competências.

Piaget, através da sua teoria do desenvolvimento cognitivo, teoria esta construtivista e interacionista (fig., levaram a criação de diversos programas de intervenção precoce no Brasil, na década de 1960. Bloom (1964 *apud* Tegethof, 2007) nos estudos sobre “períodos sensíveis do desenvolvimento” enalteceu a obra de Piaget se referindo à importância da intervenção precoce. No entanto foi a partir dos anos de 1970 que esses programas tiveram maior destaque, principalmente na área educacional, mais especificamente com alunos com necessidades especiais.

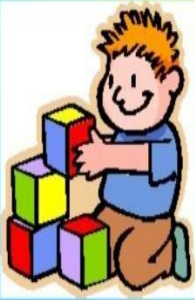
Constructivismo segun Piaget (fig.47)

CONSTRUCTIVISMO

El constructivismo sostiene que el individuo es una construcción propia, que se va produciendo día a día, el aprendizaje es esencialmente activo.

Postula las necesidades de entregar al alumno herramientas que les permite crear sus propios procedimientos.

Así mismo de las interacciones con las demás personas



Fonte: pt.slideshare.net

Nesse sentido, a importância e programas educacionais na área da educação especial vêm tendo cada vez mais investimentos por parte do governo federal. Fica claro que um trabalho à atenção integral e multidisciplinar à criança com déficit proporciona diagnóstico e estimulação precoce diminuindo as consequências das deficiências. Dentre os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil, num único tópico consta o termo “*intervenção precoce*”, é o que diz respeito ao atendimento a criança especial. Diz o documento: “A Unicef divulga dados de que 70 a 80% das consequências decorrentes das deficiências conseguiríamos evitar ou minimizar através de medidas preventivas e abordagem oportuna das alterações observadas”. (Brasil, 2004a)

A inclusão social atualmente se constitui como foco em qualquer área. É nesse contexto que a criança tem que ser valorizada em sua globalidade, tendo seus direitos e deveres fundamentais garantidos a partir do seu nascimento. Enfim, a Psicanálise acredita que exista o fator orgânico ligado ao transtorno, mas que seja algo além do componente genético, uma vez que as intervenções precoces têm demonstrado uma boa evolução. O diagnóstico não é a prioridade para a Psicanálise, o que é importante é uma intervenção precoce a partir dos sinais clínicos.

2 METODOLOGIA

Apresentamos neste capítulo a forma metodológica no qual se deu toda desenvoltura desta tese. A abordagem utilizada será quantitativa desenvolvida através de um método descritivo por pesquisa, com aplicação de teste com os familiares de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e questionário com os professores de Atendimento Educacional Especializado. Ambos estão direcionados à pesquisa da autonomia.

Quando o indivíduo insere-se na vida acadêmica, tem-se então um maior cuidado e atenção, um envolvimento em se trabalhar com métodos científicos. Sabendo que hoje nesse contexto Capitalista, com um dia-a-dia voltado para respostas rápidas para suprir as necessidades que nos faz agilizar a vivência, o pesquisador não pode deixar de buscar os detalhes que enriquecem e personalizam o que já é tão banalizado. Sendo assim, é de grande importância o método científico, pois este possibilita que qualquer contexto para uma produção científica, faz com que o indivíduo adquira posturas e conhecimentos que o façam trilhar e alcançar o fim desejado. Pois quando se trata do Método, para o científico, vê-se a grandiosidade que se tem este fim, mesmo sendo ainda um mistério para quem inicia no mundo da pesquisa. Porém, aquele objetiva três meios importantes: pensar, aprender a arte da leitura e aprender a fazer, que são em suma cruciais para que o pesquisador passe de uma forma imediata de pensar, e possa refletir; que o mesmo possa analisar e interpretar; e que ainda possa, fazer de modo ético e humilde, para além de tornar-se apto ao uso das regras metodológicas da APA, também interiorizar a melhor forma de enriquecimento cultural e de aprendizagem.

A função da Metodologia é nos mostrar como devemos andar no 'caminho das pedras' para elaboração da pesquisa, instigando-nos e ajudando-nos a ver o mundo de uma nova forma: um olhar curioso, indagador e criativo. (Silva, 2001, p. 09)

A pesquisa social tem um objeto geral de aquisição de conhecimento, assim como gerar ou avaliar teorias já existentes, resolver problemas práticos. Assim sendo, o caminho posto para o pesquisador não aparece de forma aleatória, mas

sim a partir de inquietações no cenário em que o mesmo se encontra, possibilitando-o a construir e desconstruir idéias.

A pesquisa nos leva partir de compreensões já formadas, para ampliar ou descartar estas compreensões, e através de uma metodologia, desenvolver uma produção científica e chegar ao objetivo desejado, e que aponto na seguinte investigação: “Intervenções Multidisciplinares no Desenvolvimento da Autonomia da Pessoa Com Transtorno do Espectro doAutismo”.

“[...] Não existe uma única fórmula mágica para fazer a pesquisa perfeita; talvez não exista nem existirá uma pesquisa perfeita. A investigação é um produto humano, e seus produtores são seres falíveis [...]” (Richardson, 1999, p.15) . Para alguém que é um pesquisador iniciante é preciso que esteja ciente disso: pesquisar não é um direito reservado apenas para alguns gênios. É preciso conhecer o fato real, ter uma idéia do que vem a ser técnicas e métodos de pesquisa e, principalmente, desenvolver um trabalho sério, em equipe e numa concepção social.

Obviamente, que todo pesquisador quer ver sua produção chegar ao fim, no entanto não é motivo de frustração obter um produto imperfeito. É melhor ter trabalho de pesquisa com imperfeições do que não ter trabalho nenhum. As dificuldades que aparecem durante a pesquisa não devem fazer com que o principiante perca a coragem, a sua experiência lhe possibilitará suprir as dificuldades e obter produtos adequados.

A pesquisa equivale a um trabalho realizado por um cozinheiro. Quando ele vai preparar um prato, precisa saber os ingredientes que serão necessários e os acessórios que precisará dispor para realizar o processo na elaboração do prato. O resultado final, que é um sabor de qualidade no prato elaborado, dependerá da implicação deste cozinheiro, bem como sua competência no ato de cozinhar. “[...] Assim como o cozinheiro, o pesquisador necessitará de seguir um procedimento, um abraçamento com a pesquisa para atingir os objetivos a que se propôs [...]” (Silva,2001, p.81).

É importante perceber que no cotidiano surgem questões que instigam à pesquisa, nesse contexto, como psicóloga e educadora de crianças com TEA, senti-me instigada a buscar respostas, tanto à luz dos teóricos para aprofundar os conhecimentos, como a partir do processo de investigação e leituras. Essa é uma forma de contribuir e ajudar em futuras reflexões, quando assim, outros estudiosos interessar-se pela temática aqui abordada, pois o intuito é, a partir do viés científico, perceber a importância da pluralidade de segmentos e pessoas que devem se envolver quando se trata de transtorno do espectro do autismo. É um processo que poderá ser apenas o “ponta pé” inicial para tantas outras discussões e inquietações se firmarem no campo de investigação.

A pesquisa nada mais é que um conjunto de atitudes que visam encontrar o caminho para um problema, utilizando-se para tal de diretrizes racionais e metodológicas. Ela é realizada quando se tem uma dificuldade ou problema onde se busca uma forma para resolução do mesmo. (Silva, 2001, p.97)

Por um lado mais filosófico, a pesquisa é vista como sendo questionamentos e busca da realidade, sendo este o primórdio das atividades no mundo da ciência. É como um processo humano inacabado que necessita incessantemente estar buscando respostas, entre dados que o meio propõe e teorias, diz Minayo (1993, apud Silva, 2001).

Demo (1996, apud Silva, 2001) diz que a pesquisa é algo que faz parte do dia a dia das pessoas, sendo ações exercidas pelo indivíduo quando intervém de forma sábia na realidade, com questionamentos e posicionamentos criteriosos, de forma prática e teórica. O que difere o pesquisador científico do crítico diário é a base teórica que ele detém.

Para Gil (1999, apud Silva, 2001), o positivismo é o que caracteriza a pesquisa, que nada mais é que desenvolver um método científico, com procedimentos formais e sistemáticos. “Tem ainda por finalidade elucidar respostas para os problemas utilizando os procedimentos científicos”. É a partir das construções de respostas que o mundo se modifica.

2.1 Problema da Pesquisa

Esta pesquisa se justifica por buscar pluralidade de ações e de intervenções distintas em estudantes com Transtorno do Espectro do Autismo no desenvolvimento da sua autonomia. Isso se fará através do levantamento e análise dos dados da pesquisa através do questionário acerca do desenvolvimento da autonomia dos estudantes com TEA e do Inventário de Percepção e Suporte Familiar - IPSF com a família dos mesmos. O propósito consiste em sugerir programas pedagógicos e práticas educativas no âmbito familiar, a fim de que aspectos positivos possam ser potencializados e aspectos negativos minimizados para a aquisição da autonomia. Levantamos, pois, a seguinte questão: Como se encontra a autonomia dos estudantes com Transtorno do Espectro do Autismo?

2.2 Objetivos Geral e Específicos

2.2.1 Objetivo geral

Analisar o desenvolvimento da autonomia do estudante com Transtorno do Espectro do Autismo.

2.2.2 Objetivos específicos

- Descrever o Transtorno do Espectro do autismo sob a ótica de diferentes teorias.
- Determinar o importante papel da família para a estruturação do sujeito.
- Determinar acerca da importância da Estimulação Precoce no desenvolvimento da autonomia do estudante com Transtorno do Espectro do Autismo.
- Estabelecer sugestões de múltiplas intervenções no desenvolvimento da autonomia do estudante com Transtorno do Espectro do Autismo.

2.3 Tipologia do Estudo

Neste item, descrevemos a proposta metodológica deste trabalho. A abordagem utilizada será quantitativa desenvolvida através de um método descritivo por pesquisa. Envolve um teste psicológico (IPSF) aplicado junto aos pais dos estudantes com Transtorno do Espectro do Autismo para pesquisa do sentimento de autonomia vivenciado por essas famílias e um questionário dirigido aos professores do Atendimento Educacional Especializado que atendem a estudantes com TEA.

Para realização da investigação, os dados colhidos em relação aos instrumentos utilizados, serão apresentados em gráficos. Assim, os resultados obtidos poderão ser visualizados de forma mais sintetizada de como está sentimento de autonomia em relação aos pais e a autonomia desenvolvida pelo filho (a).

Para ser um bom pesquisador, é necessário ser curioso, criativo, ter integridade intelectual e sensibilidade social e não apenas ter domínio acerca do tema pesquisado. De igual importância, ele precisa ser humilde o suficiente para auto-analisar seu posicionamento, ter uma criação disciplinada, dedicação e consistência na experiência. (Gil,1999, apud Silva, 2001).

2.4 Abordagem da Pesquisa

Para chegar ao produto final dessa investigação fez-se necessário a escolha certa do caminho a ser percorrido, e assim poder chegar aos objetivos desejados. Posto que, a realização de uma investigação social envolve elementos do tipo científico e empírico e que ao mesmo tempo se completam, pois é verdade que um se afirma na existência do outro. E para a meta de construção da tese se faz necessário que o pesquisador saiba escolher o método eficaz para o levantamento de dados para conduzir da melhor forma o processo de investigação.

Para desenvolver um trabalho com critério, é estritamente necessário, além de ser apaixonado pelo que se faz, que algumas características sejam inerentes ao pesquisador, tais como: ser diligente, imaginativo e disciplinado, confrontando continuamente desejo e realidade. Goldenberger (1999, apud Silva, 2001, p. 09).

Para objetivar a investigação foi necessária a utilização do Método Quantitativo, que se caracterizou pelo emprego da quantificação na coleta de informações.

Nessa metodologia, com a família, foi utilizado um teste psicológico “Inventário de Percepção e Suporte Familiar (IPSF)”. O teste de IPSF pode ser aplicado para verificar os sentimentos da pessoa em relação a sua família nuclear ou a sua família constituída. Na nossa pesquisa o teste objetivou pesquisar como se encontra o sentimento de autonomia da família onde tem uma pessoa com TEA.

Na educação foi utilizado um questionário com os professores de Atendimento Educacional Especializado – AEE para pesquisa da Autonomia dos estudantes com TEA.

Quando se escolhe um método para uma investigação, o que se quer é a escolha certa de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação do tal fenômeno, desse modo, “o objetivo do método quantitativo deve ser de assegurar resultados precisos, evitando falta de fidelidade e fidedignidade ao analisar e interpretar, para que inferências sejam seguras”. A mesma coisa acontece nos estudos descritivos, “quando se pesquisa a relação existente da causa entre os fenômenos, procurando descobrir e ao mesmo tempo classificar a relação de variáveis entre eles”, (Richardson, 2010. p. 70).

A investigação descritiva, como afirma (Silva, 2001), tem por objetivo retratar o que caracteriza um fato ou uma população, ou mesmo, o que determina a relação entre suas variáveis. Inclui a utilização de técnicas padronizadas de levantamento de dados: questionários e observação sistemática. Legítima, assim, a coleta de dados realizada.

Já que no processo investigativo da pesquisa utilizamos questionário, importante é que o método quantitativo se faça presente, e “vale salientar que a forma como elaboram e aplicam instrumentos é que varia segundo o tipo de estudo. E, no caso de estudos de correlação, as respostas dos indivíduos precisam ser

quantificadas para possibilitar o tratamento estatístico que, posteriormente, servirá para verificar a consistência das hipóteses”. (Richardson, 2010. p,72)

2.5 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas escolas municipais da cidade de Recife onde funcionavam Salas de Recursos Multifuncionais. Até o término do ano de 2019 este município contava com 148 SRM. Quando uma investigação vai ser feita, alguns critérios de espaços e amostras precisam ser considerados. Buscamos no Município do Recife escolas localizadas em todas as 06(seis) RPA's-regiões políticas administrativas, a fim de fazer um levantamento geral da autonomia do estudante com TEA, independente do bairro em que ele mora ou estuda. No nosso caso, dois instrumentos foram utilizados: questionário e teste psicológico. Os locais da pesquisa se deram nas SRM e numa sala com as condições que exigem a aplicação do teste Inventário e Percepção do Suporte Familiar.

As condições físicas para a aplicação deste teste englobam uma sala que possa reunir condições adequadas concernentes à temperatura, iluminação e ventilação, como também livre de barulhos que possam distrair ou interromper o desenvolvimento da prova, além de ser aconselhável um assento confortável com local adequado para apoio da folha de respostas. Em aplicações coletivas é desejável que os assentos sejam distantes o suficiente para evitar comunicação entre aqueles que respondem ao teste, evitando assim a influência social.(Baptista,2009, p. 13)

2.6 População da Pesquisa

A população pesquisada foi composta pela família de estudantes com Transtorno do Espectro do Autismo, por estudantes com TEA e por professores do Atendimento Educacional Especializado que fazem o acompanhamento desses estudantes no contraturno escolar.

De acordo com o Portal da Educação do Recife (2019), foram matriculados no ano de 2019, um total de 3.900 estudantes com necessidades especiais, dentre eles 761 com Transtorno do Espectro do Autismo. A nossa pesquisa foi realizada com dados fornecidos acerca de 102 estudantes com TEA, onde o critério foram eles

estarem sendo atendidos na Sala de Recurso Multifuncional. As escolas que tinham os estudantes e a referida sala foram contactadas, mas o retorno que obtivemos das mesmas nos deu o total de 102 estudantes.

O total dos familiares pesquisados foi de 84 pessoas. A pesquisa foi realizada com a pessoa que cuidava mais efetivamente do estudante e dentre elas constavam mães, pais e avós. Pudemos observar que o número de familiares difere do número total de estudantes uma vez que, embora convocados, não atenderem a solicitação para participar da pesquisa através do Inventário de Percepção e Suporte Familiar – IPSF.

Quanto à pesquisa realizada junto aos professores de AEE, contamos com um total de 28 professores, que atuam em 28 Salas de Recursos Multifuncionais – SRM das 148 existentes. Muito embora exista na Rede Municipal do Recife 247 professores de AEE, nem todos realizaram, no ano de 2019, atendimento na SRM com estudante com TEA, e o total que realizou o atendimento aos 102 estudantes foi de 28 professores. Os referidos professores procederam com o preenchimento do questionário, onde foram colhidos os dados acerca da autonomia dos estudantes com TEA.

2.7 Instrumentos de Coleta de Dados da Pesquisa

Foram utilizados 02(dois) instrumentos: questionário e teste psicológico, ambos nos apêndices. O questionário foi uma adaptação do que fora realizado na Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, defendida por Sônia Arouca (2013), na Universidade Católica Portuguesa, localizada no Centro Regional de Braga, intitulada “Aquisição de Comportamentos Adaptativos num caso de perturbação do Espectro do Autismo”. Sônia Arouca realizou um estudo de caso, com uma adolescente com TEA tendo como envolvidos uma terapeuta ocupacional, uma adolescente e a mãe. A mãe respondeu ao questionário no início e no final da pesquisa. O objetivo da pesquisa foi avaliar o desenvolvimento da autonomia a partir das intervenções realizadas pela terapeuta ocupacional, em 14 sessões de intervenção, onde todas foram gravadas por vídeo, para dar uma melhor visão aos familiares do trabalho realizado. Ao término da pesquisa, os vídeos das intervenções

foram socializados com a família, onde orientações foram fornecidas, para dar continuidade no processo de desenvolvimento da autonomia da adolescente.

Segundo Torres (2019), “o questionário consiste numa série de perguntas, normalmente de vários tipos, preparada sistemática e cuidadosamente, através das quais se pretende obter informações sobre um determinado tema”. Na nossa pesquisa o objetivo foi quantificar o nível de Autonomia em que se encontra o estudante com Transtorno do Espectro do Autismo nas áreas de higiene, no vestir / despir, na alimentação, nas tarefas do lar e no uso de materiais pedagógicos. Usamos um questionário fechado, politômico, onde uma alternativa era escolhida dentre várias, que foi respondido pelas professoras de AEE da rede Municipal de Ensino do Recife que atuam junto ao estudante com TEA.

O segundo instrumento utilizado foi o Inventário de Percepção e Suporte Familiar (IPSF) de autoria de Makilim Nunes Baptista. Este inventário avalia o quanto as pessoas percebem as relações familiares em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os seus membros. Este inventário é um documento científico que busca quantificar os sentimentos comuns sob esses três ângulos, pois são sentimentos que se encontram prejudicados na pessoa com TEA. No entanto, apenas o sentimento de Autonomia foi alvo da pesquisa. É um instrumento destinado a pessoas de 11 a 57 anos e para sua aplicação é necessária folha de teste e lápis grafite. Pode ser aplicado de forma individual ou coletiva, não ultrapassando a 80 pessoas, que neste caso, recomenda-se a presença de um auxiliar. A sua aplicação total com 42 itens dura em torno de 20 minutos, mas não há um tempo determinado para que as pessoas respondam. Neste caso, apenas 8 itens são direcionadas para a pesquisa da autonomia.

Na nossa pesquisa em relação à família, o objetivo foi fazer um levantamento do sentimento de Autonomia na família constituída dos familiares onde tem um membro diagnosticado com TEA. O que se pretende é verificar como está o sentimento de autonomia nas famílias da pessoa com TEA, fazer um comparativo com a autonomia dos estudantes pesquisados e posteriores recomendações.

2.8 Procedimento de Coleta / Análise e Discussão dos Dados

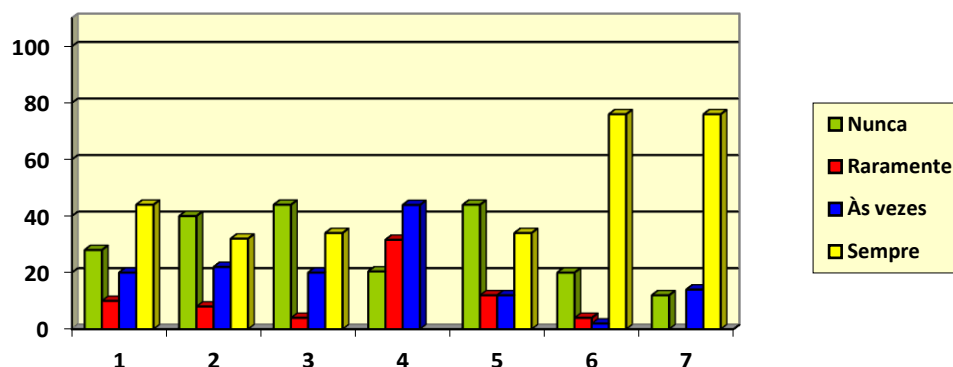
2.8.1 Pesquisa educacional/ Análise dos dados

A pesquisa foi realizada em 28 escolas de ensino regular da Prefeitura da Cidade do Recife – PE- Brasil, nas Salas de Recursos Multifuncionais – SRM, através de um questionário acerca da Autonomia dos estudantes com TEA, atendidos nas referidas salas. A cidade do Recife conta com 223 escolas públicas municipais, 148 Salas de Recursos Multifuncionais - SRM e 248 professoras de Atendimento Educacional Especializado- AEE. As SRM visam complementar e suplementar os serviços educacionais do ensino comum. As escolas da Rede Municipal de Ensino onde tinham estudantes com TEA e SRM foram contactadas através do email da instituição, porém um total de 28 escolas procederam com o retorno à solicitação.

Foram prestadas informações acerca dos estudantes com Transtorno do Espectro do Autismo que estão matriculados na Rede Municipal do Recife-PE, Brasil, num total de 102, onde 88 estavam entre 5 e 10 anos e 14 se encontravam entre 10 e 15 anos, num total de 28 SRM . A amostra da pesquisa foram 28 professores, número em menor quantidade do que os estudantes por atenderem a 1 ou mais estudantes na SRM. Os professores que fazem o atendimento na SRM são especialistas no Atendimento Educacional Especializado – AEE e desenvolvem seu trabalho com esses estudantes no contra turno da matrícula original deles na escola.

A coleta de dados para a pesquisa da autonomia dos estudantes com TEA foi realizada através do questionário respondido pelas professoras de AEE, onde, a partir dele faremos nossa análise. O questionário abordava questões relativas a autonomia quanto à: Higiene (graf.1), Vestir/Despir (graf.2), Alimentação (graf.3), Tarefas de Vida Prática (graf.4) e com Materiais Pedagógicos (graf.5).

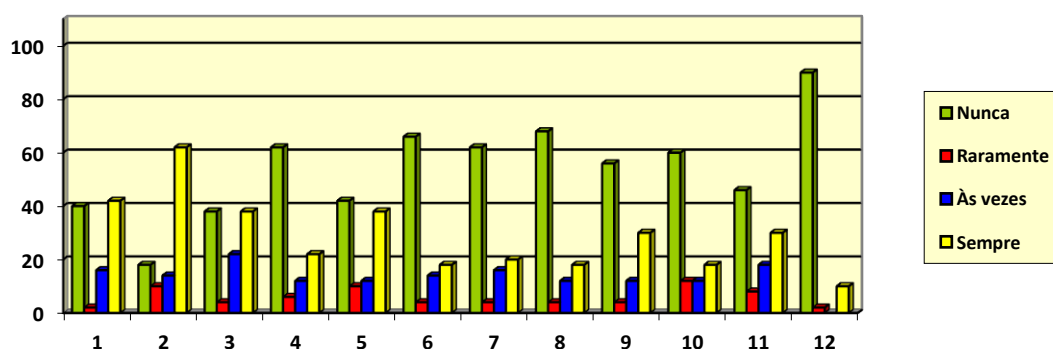
AUTONOMIA QUANTO À HIGIENE (Gráf.1)



2. Lava as mãos e rosto com sabonete, e depois enxuga
3. Escova os dentes sem ajuda
4. Toma banho sozinho
5. Penteia ou escova seu cabelo
6. Limpa o nariz e assoa-o
7. Vai ao banheiro sozinho para realizar suas necessidades físicas
8. Possui um completo controle dos esfínteres

Quanto à higiene o maior índice de autonomia encontra-se no controle dos esfínteres e ir ao banheiro sozinho, no entanto a limpeza com o próprio corpo, como se observa em relação a tomar banho sozinho e limpar o nariz são as ações menos realizadas de forma autônoma. Registramos também que dos 76 estudantes que possuem o controle dos esfínteres 60 deles estão na faixa etária de 5 a 10 anos.

AUTONOMIA QUANTO AO VESTIR / DESPIR (Gráf.2)



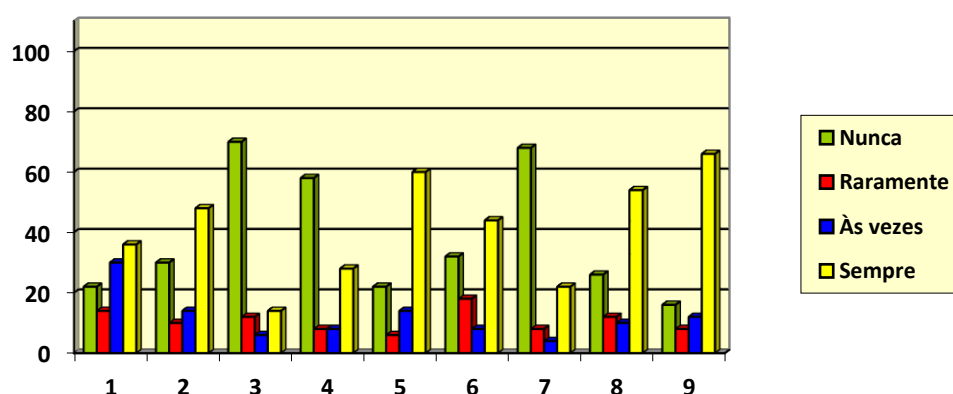
1. Veste-se completamente sozinho
2. Despe-se completamente sozinho

7. Desabotoa a própria roupa
8. Abotoa a própria roupa

- | | |
|---|--|
| 3. <i>Veste a camisa / blusa sozinho</i> | 9. <i>Fecha e abre o zíper da própria roupa</i> |
| 4. <i>Calça as meias</i> | 10. <i>Pendura sua roupa num cabide</i> |
| 5. <i>Sabe qual é a frente da roupa</i> | 11. <i>Calça os sapatos corretamente sem ajuda</i> |
| 6. <i>Dasabotoa botões grandes numa prancha de botões ou numa camisa/blusa sobre a mesa</i> | 12. <i>Dá laços nos atacadores dos sapatos</i> |

A autonomia relacionada com o vestir/despir da pessoa com espectro do autismo mostrou-se diretamente relacionada com o desenvolvimento da motricidade fina, quando a maior dificuldade surgiu em saber dar laços nos atacadores dos sapatos. Enquanto isso cerca de 90% dos estudantes sempre conseguem tirar a roupa de forma independente, ação esta que não necessita da coordenação motora fina. Em relação ao item 1, saber vestir-se sozinho, foi o segundo em maior índice de autonomia e dos 30 estudantes pesquisados, 28 estão na faixa etária de 5 a 10 anos.

AUTONOMIA QUANTO À ALIMENTAÇÃO (Gráf.3)

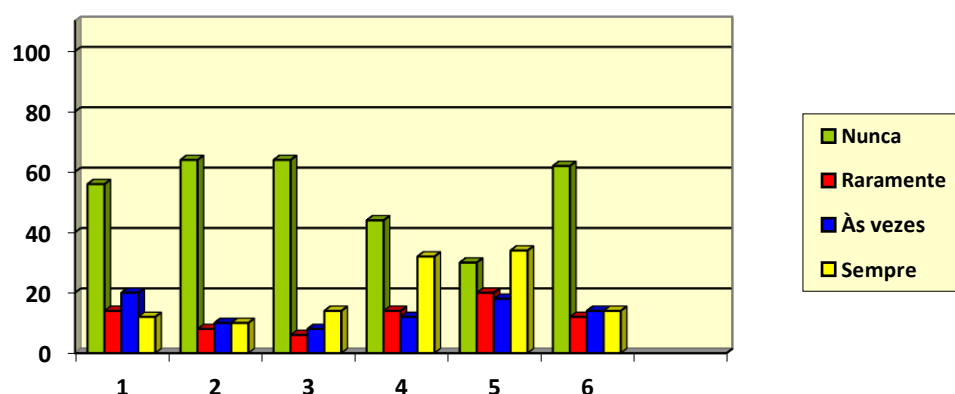


1. *Usa talheres adequados*
2. *Espeta a comida com o garfo e leva-o à boca*
3. *Corta alimentos com a faca*
4. *Usa a faca ara assar manteiga / requeijão/ doce no pão*
5. *Come sozinho uma refeição completa*
6. *Coloca líquido de uma garrafa para o copo sem ajuda*
7. *Serve-se sozinho à mesa*
8. *Pega, transporta e põe na mesa um prato*
9. *Pede o que quer comer*

Quanto à alimentação, mais de 60% dos estudantes pedem o que querem comer. Mesmo os que não têm oralidade, os professores e pais relataram que apontam para fazer a escolha dos seus alimentos. Porém, se observa que mais de 70% não corta os alimentos com faca. Não ficou claro se eles não sabem utilizar a

faca, uma vez que a maioria dos pais relatou não permitir que eles usem o referido objeto por terem receio que se cortem.

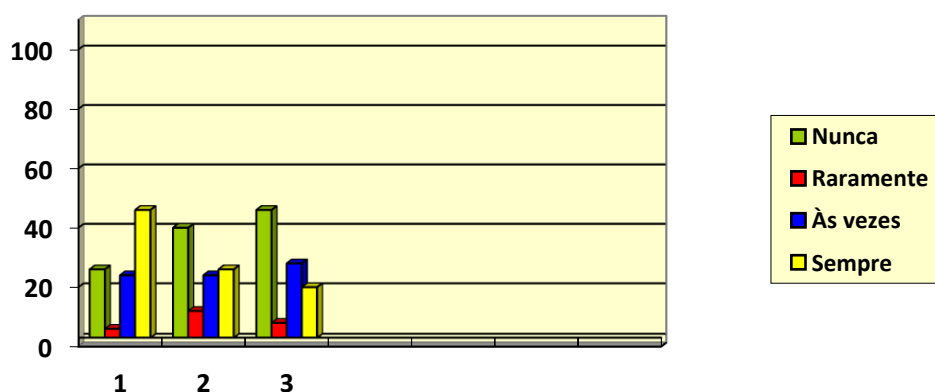
AUTONOMIA QUANTO À TAREFAS DE VIDA PRÁTICA (Gráf.4)



1. Ajuda a pôr a mesa, colocando pratos e talheres
2. Sabe forrar a mesa
3. Lava a louça
4. Vai buscar um pano para limpar o que sujou
5. Colabora nas tarefas quando pedem
6. Forra a cama

Na realização de tarefas de vida prática foi onde as pessoas com TEA mostraram-se mais dependentes. O índice dos estudantes que sempre realizam tais tarefas de forma autônoma foi inferior a 20%, no entanto, caso sejam solicitados a realizá-las o percentual se eleva para quase 40%.

AUTONOMIA COM OS MATERIAIS PEDAGÓGICOS (Gráf.5)



1. Escolhe o material pedagógico que quer trabalhar
2. Organiza o material para iniciar uma atividade
3. Guarda o material no local adequado após o uso

Quanto à autonomia em lidar com os materiais pedagógicos pudemos analisar que quase 50% busca pelo material que há interesse em trabalhar, sendo esta a mesma proporção com que foi dito que não guardam o material após sua utilização.

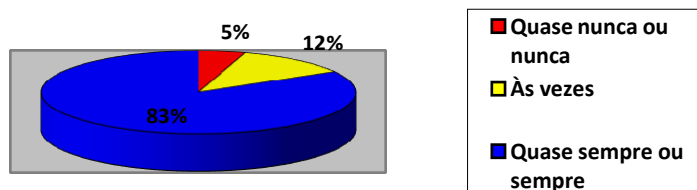
2.8.2 Pesquisa familiar / Análise dos dados

A pesquisa com a família foi direcionada para um familiar do estudante que fosse o seu principal cuidador. A nossa amostra familiar totalizou 84 familiares, dentre os pesquisados estavam mães, pais e avós. O total difere do total de estudantes uma vez que houve ausência na participação quando convocados a participar.

Na coleta de dados do Inventário de Percepção do Suporte Familiar-IPSF- o eixo do inventário pesquisado foi a Autonomia. Dessa forma foram utilizados 8(oito) itens do Inventário com a marcação de uma das 3 (três) respostas: quase nunca ou nunca; às vezes ou, quase sempre ou sempre. O objetivo desse inventário é investigar o sentimento de autonomia do entrevistado em relação aos demais membros, afim de fazer um paralelo entre o seu sentimento de autonomia e as possibilidades de proporcionar ou não a autonomia da pessoa com TEA que está inserida nessa família.

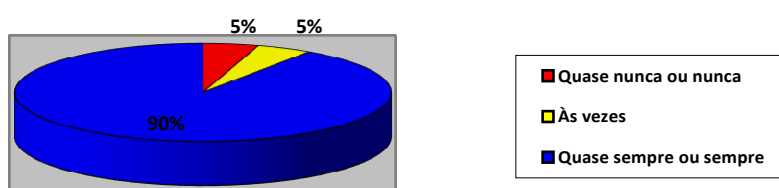
Através do “Inventário de percepção de suporte familiar-IPSF”, respondido pelas mães, pais e avós dos estudantes pesquisados (Gráfs. 6 a 13), podemos analisar que quanto ao sentimento de autonomia, todas as respostas revelaram que quase sempre ou sempre se sentem autônomos.

1. Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero (Gráf.6)



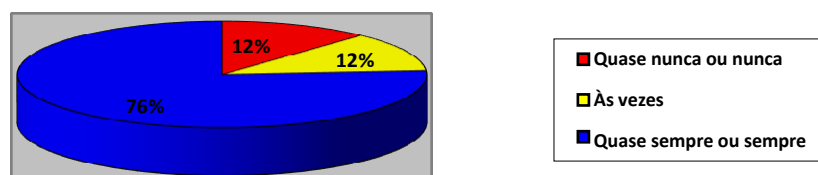
A forma como a pessoa se veste diz muito a respeito de como ela é. Na questão familiar referente à forma de se vestir, 83% dos pesquisados responderam que seus familiares respeitam a forma que eles escolhem suas roupas. Isso é muito positivo, pois passa a autenticidade para os filhos e uma maior probabilidade de fazer com que eles escolham suas próprias roupas.

2. Minha família me faz se sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a) (Gráf.7)



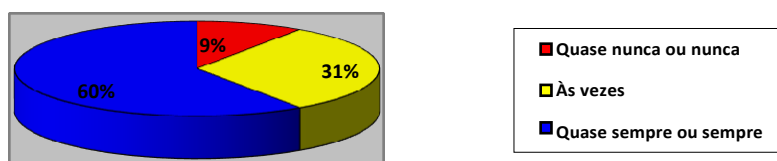
Este foi o item da pesquisa que demonstrou o maior percentual de autonomia dos pesquisados. Este também é o foco maior das intervenções a serem realizadas junto aos estudantes com TEA: Saberem cuidar deles próprios mesmo estando sem a presença de outra pessoa ao seu lado.

3. Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser (Gráf.8)



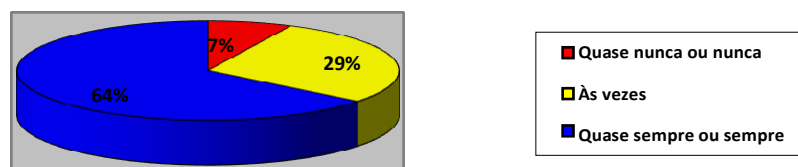
Cada um tem um jeito próprio de ser, e essa aceitação pelo outro de você ser do jeito que você quer ser, não é fácil. Mesmo sendo difícil conviver com a diferença, analiso essa permissividade de 76% dos familiares do estudante com TEA como sendo exatamente por ter entre seus membros um ser tão singular como o transtorno do espectro do autismo.

4. Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero (Gráf.9)



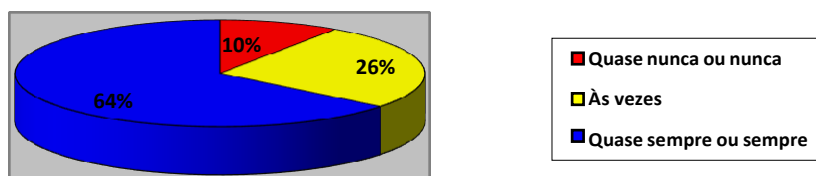
Dentre todas as questões pesquisadas essa surgiu com o menor índice de autonomia, a liberdade em sair de casa. Apenas 60% dos pesquisados disseram que os familiares permitem que saiam quando querem. Analisamos essa dificuldade em sair o quanto se quer por ser ele(a) pesquisado(a) a pessoa que efetivamente cuida do estudante com TEA e dele(a) ser a incumbência de ficar em casa para realizar esse cuidados junto a esse estudante.

5. Em minha família existe privacidade (Gráf.10)



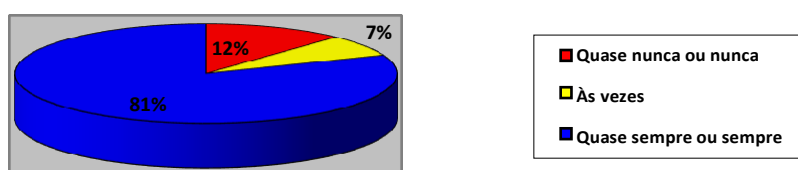
Este também foi um item pesquisado, assim como o anterior, com um percentual não tão alto como os demais, onde 64% têm seu direito de privacidade respeitado pelos familiares. O direito a privacidade encontra-se na Constituição Federal, na Declaração dos Direitos Humanos e em diversas legislações. Em direito ele pode ser interpretado como o direito de ficar só, ou até o direito de ser deixado sozinho. Pode também ser interpretado como a não interferência na vida de uma pessoa. No caso do familiar que cuida do estudante com TEA há uma necessidade dele ser orientado por um profissional para se valer do direito de ter privacidade de interferências para poder realizar intervenções na pessoa que cuida proporcionando-lhe a autonomia necessária.

6. Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer (Gráf.11)



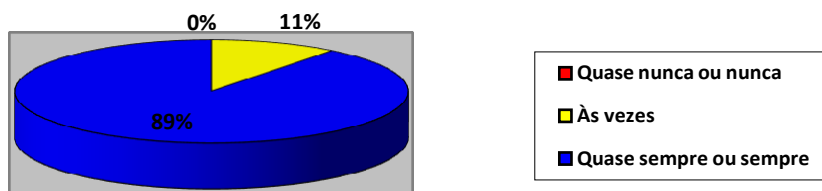
Por diversas vezes o mundo social em que vivemos não nos permite fazer as coisas que gostamos. Assim também surge esse sentimento na família dos estudantes com TEA, primeiro núcleo social em que estamos inseridos, onde um pouco mais da metade dos pesquisados (64%) responderam não serem permitidos a fazerem as coisas que gostam. Fazer o que se gosta é uma nova escolha para ser feliz e viver melhor. Isso implica mudança de atitudes, que muitas vezes se faz necessária para intervenções positivas na pessoa com TEA.

7. Minha família me dá tanta liberdade quanto quero (Gráf. 12)



Em contraponto com a questão 5, temos um índice elevado nesta questão, onde 81% responderam que tem a liberdade que quiser. No entanto, o que se percebe é uma liberdade limitada às paredes do lar, já que a permissividade para sair o quanto se quer foi a que apresentou o índice mais baixo.

8. Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim (Gráf.13)



Somente ultrapassada pela questão do saber se cuidar sozinhos, a autonomia de tomar decisões foi a que teve o índice mais elevado, com 89% dos pesquisados respondendo que seus familiares acreditam nesse poder que eles têm e nenhum deles terem dito que não acreditam. Essa credibilidade familiar é muito promissora para o desenvolvimento de programa de intervenção junto ao estudante com TEA.

Analisando de forma geral, observamos que apenas 31% dos pesquisados que cuidam mais diretamente do estudante com TEA, sentem que às vezes seus familiares não os deixam sair o tanto que gostariam; 29% se sentem sem privacidade e 26% não fazem tudo que gostam de fazer. O grande destaque para o sentimento de autonomia dos pesquisados é que 90% acreditam que seus familiares vêem neles pessoas que sabem se cuidar sozinhas e que 89% têm o poder de decisão sobre suas vidas. Lacan refere-se ao sentimento de Autonomia como reconhecimento pelo Outro da imagem especular. Pelas respostas apresentadas acreditamos que o sentimento de autonomia revelado pelas famílias pesquisadas, é possível, mediante intervenções, reconstruir essa imagem no filho com transtorno do espectro do autismo.

A forma de agir dos pais com afeição em relação aos filhos é uma reprodução do seu próprio narcisismo, há muito abandonado. A eles passam os desejos de perfeição e de esperança, com menor cobrança e maiores oportunidades. Quando o narcisismo renasce dos pais, de forma tão infantil e como um amor parental emocionante, ao se transformar em amor objetual, acaba por revelar inequivocadamente sua antiga natureza. (Freud, 1996, p.170)

3 CONCLUSÕES

Teceremos a seguir nossas considerações baseadas nos objetivos propostos nessa pesquisa. A corrente psicanalítica que na década de 60 gerava uma culpabilidade na figura materna, atualmente já visa um apoio familiar como um todo e uma escuta no intuito de uma construção da autonomia e constituição do sujeito, onde a culpabilidade da mãe já não existe, e nem é fator desencadeante.

O estigma de culpa no que cabe a mãe, até hoje é uma crença existente na sociedade desinformada. Este fato é comprovado no decorrer de toda a pesquisa, onde até a presente data não se pode afirmar a causa, mas se pode garantir o desenvolvimento de potencialidades na pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, desde que se realize um trabalho com múltiplas intervenções junto a ela. Dessa forma, entendemos que a necessidade de estimulação precoce, a inclusão escolar e o apoio familiar são primordiais nesse processo.

Do ponto de vista psicanalítico, o TEA pode ser considerado como uma não instauração de certo número de estruturas psíquicas que, após sua ausência, podem acarretar déficits do tipo cognitivo, entre outros. Quando estes déficits do tipo cognitivo se instalam de maneira irreversível, podemos falar de deficiência, que seria a consequência de uma falta de instauração das estruturas psíquicas. É na falta de conhecimento de si próprio que a autonomia estará ausente.

Não diferentemente, as demais teorias se comungam nessa falta de instauração das estruturas. Na teoria da mente o autismo é explicado como uma ausência na intersubjetividade primária. Essa intersubjetividade se originaria de razões genéticas ou ambientais que não oportunizaram os bebês às relações intersubjetivas, ou seja, obstáculos surgidos na interação entre o bebê e seu cuidador. A Teoria Afetiva trata o autismo como uma disfunção primária do sistema afetivo, sendo uma falta de habilidade inata a base para interagir emocionalmente com as pessoas. Essa inabilidade faz com que haja uma falha em reconhecer estados mentais prejudicando a abstração e simbolização. A Teoria do Funcionamento Executivo se refere ao funcionamento da função executiva que acontece quando há uma atenção compartilhada, ou seja, uma troca de atenção

entre o bebê e o cuidador. Não havendo compartilhamento da atenção, os lobos cerebrais frontais ficam imaturos e a função executiva não se estabelece. E finalmente a Teoria da Coerência Central que se refere ao TEA como a incapacidade que o ser possui em perceber o todo, sendo novamente, a troca, a interação das relações que pode levar a esse comprometimento da não contextualização.

Considerando que a família é o primeiro núcleo social da criança e onde ela se constitui teremos uma maior ênfase nela. Podemos dizer que o TEA pode ser visto como algo limitante ou como um quadro com déficits, porém com habilidades a serem desenvolvidas. Nessas famílias encontramos grandes possibilidades da segunda opção, uma vez que o sentimento de autonomia está fortemente presente.

Como foi relatado, a constituição do Eu seria o fenômeno que se dá quando o indivíduo elege a si próprio como objeto de amor, e o que podemos observar nas famílias das pessoas com TEA é que estão num processo de autonomia positivo, mesmo se sentindo algumas vezes limitadas.

A análise dos dados revela que os pais apresentaram consistentemente um número maior de respostas positivas em relação a sua Autonomia. Leva-nos a concluir que um novo olhar para esse filho com Transtorno do Espectro do Autismo, após o luto inicial, irá proporcionar um maior desenvolvimento de suas potencialidades.

Quanto à estimulação precoce a própria literatura nos afirma o que a pesquisa nos mostrou, a inclusão escolar e a família são os grandes pilares. Quanto mais cedo for estimulada a pessoa com TEA, maior o seu desenvolvimento autônomo. Acreditamos no potencial da pessoa com TEA e na sua essência, na sua individualidade.

Nos dados apresentados na pesquisa observamos que os estudantes que se encontram entre 05 e 10 anos apresentaram um maior desenvolvimento da autonomia. No gráfico 1, em que pesquisamos a higiene, essa faixa etária registrou um índice de 78%. Não diferentemente a autonomia desenvolvida quanto ao

vestir/despir (gráfico 2), o registro foi de 93% para a mesma faixa etária dos que se vestem sozinhos. Já nas tarefas de vida prática (gráfico 4), o índice para realização das mesmas tem um aumento de 100% quando há uma solicitação para que eles as realizem. Enquanto o índice foi de 20% dos que desempenham as atividades de vida prática de forma independente, quando são solicitados a desempenhá-las, 40% passam a realizá-las.

A partir desses dados, acreditamos que as pessoas com TEA que são estimuladas precocemente tenham maior possibilidade de desenvolvimento das suas potencialidades. No entanto, as que são estimuladas tardiamente também se apresentam com ganhos no desenvolvimento. O que importa é não ficarmos inertes diante desse espectro, onde o que prevalece é a estimulação.

Sabendo-se que a pessoa com TEA não captura a imagem do semelhante no estádio do espelho, e se o outro não existe, ela também não existe, não se dando a estruturação do eu, e não se inscrevendo como pessoa. Entende-se, pois, que há a necessidade primeiro de reconhecimento, para levar a própria possibilidade da imagem do corpo, a imagem especular, e que poderia se formar somente no olhar do Outro.

O olhar para com o filho com TEA como uma continuidade sua muitas vezes o deixa prisioneiro para ser outro. É necessário realizar a própria vida para sair da posição de objeto de existir para o outro e não com o outro, o outro necessita entender de que maneira a pessoa com TEA enxerga o mundo para que possa subsidiar o seu desenvolvimento e deixar que ele seja “o outro”.

Sugerimos pois, um trabalho com a família para reconhecimento pelo Outro da imagem especular e contribuir para a autonomia que falta ao filho com TEA. Essa imagem do outro necessária a criança pode ser iniciada através de um processo terapêutico. Um suporte por profissionais que leve os membros dessas famílias ao seu fortalecimento estrutural, minimizando assim os traumas vivenciados na família nuclear e reinvestindo seus sentimentos nessa família constituída. É possível através da mediação, que é um procedimento dialético de reencontro, para resolução dos conflitos interpessoais, em que há um terceiro, neutro e

imparcial, auxiliar os indivíduos nos seus conflitos. O terapeuta tem o conhecimento da técnica e as respectivas habilidades, para conduzir o processo das relações familiares da pessoa com TEA.

Daí dizer que, a intersubjetividade na escuta dos pais é de fundamental importância no investimento das potencialidades do filho com Transtorno do Espectro do Autismo. Dizemos sim, que a escuta no processo terapêutico para com a pessoa com TEA não necessita do componente lingüístico, onde será possível provocar uma ação e a partir dessa atitude provocada, verificar as intervenções possíveis na reação obtida. No entanto utilizaremos a escuta familiar para que a associação livre possa ser feita, através, por exemplo, das resistências à mudança.

Enfatizamos ainda a compreensão da plasticidade cerebral que sugere exatamente isto, condições externas modificando as condições internas, comprovando as expectativas positivas no desenvolvimento das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo com múltiplas intervenções.

Quanto a metodologia educacional para a aquisição da autonomia, sugerimos um programa individualizado, já que o TEA é único e não pode ser igual pra todos. As estratégias utilizadas para alcançar esse ser, para muitos "inatingíveis" precisam ser minuciosamente observadas para que as intervenções ocorram com sucesso. Por isso a pessoa com o espectro, necessita de uma avaliação. Baseando-se nesta avaliação, será realizado um programa individualizado com elaboração cuidadosa de materiais pedagógicos que atendam ao seu desenvolvimento autônomo. Além disso, o corpo docente precisa ser capacitado para utilização dos instrumentos avaliativos e para a construção e desenvolvimento dos programas individualizados.

Confirmamos assim, a partir da nossa pesquisa, as inscrições mencionadas por Freud (1945), "não acreditemos no destino como uma fatalidade inscrita nas estrelas e sim que essas inscrições podem ser modificadas", pois quando se fala no transtorno como algo irreversível, não quer dizer que o ser seja inatingível a ponto de não poder ser modificado, mas que um trabalho inter, multi e transdisciplinar, com metodologia singular, e múltiplas intervenções poderá surpreender quanto ao desenvolvimento das potencialidades do qual ele é capaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajuriaguerra, J. (1983). *Manual de psiquiatria infantil*. São Paulo:Masson do Brasil.

Akhutina, T. (2012). Revista espanhola de Neuropsicologia (vol.4). “Luria, A. & Vigotsky, L. :La formación de la neuropsicologia”

Disponível em: [file:///C:/Users/T%C3%A2nia/Desktop/Dialnet-LSVigotskyYARLuria-2011215%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/T%C3%A2nia/Desktop/Dialnet-LSVigotskyYARLuria-2011215%20(1).pdf)

Alvarenga, P., Weber, L.&Bolsoni-Silva, A. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva* (vol. 18, pp. 4-21).

Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.827>

Alvarez, A. (1992). *Live company*. London: Routledge.

Álvaro, Bruno, Miguel & Sheik. (1985) Biquini Cavado. “No mundo da lua”.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5ª Ed.). Porto Alegre: Ed. Artmed.

Arouza, S. (2013). *Aquisição de comportamentos adaptativos num caso de perturbação do Espectro do Autismo*. Veritati: Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa-Braga

Disponível em : <http://handle.net/10400.14/13422>

Associação Brasileira de Autismo (1997). Política nacional de atenção à pessoa portadora da síndrome do autismo. Em C. Gauderer (Org.), *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: Guia prático para pais e profissionais* (pp. 31-34). Rio de Janeiro: Revinter.

Ballone, G.(2000). *Psicopatologia e Psiquiatria Básicas*. São Paulo: Vetor

Baron-Cohen,S.(1991). *Do people with autism understand what causes emotion? Child Development*(Vol.62,p.385-395).

Disponível em:<https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01539.x>

Baptista, M.(2009).*Inventário de percepção de suporte familiar-IPSF*. São Paulo: Vetor.

Bechara, T. (2015). *O judiciário em conto e verso*. “Fala, autista”. Recife: Núcleo Audivisual TJPE

Berenzinski, I. (2010).*LDB dez anos depois: reinterpretação sob diversos olhares*. (3ª ed.). São Paulo: Cortez.

Bernardino, L. (2008). O desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança em constituição. (p.152). Coleção Psicanálise de crianças. São Paulo: Escuta. Dissertação: “*A Estimulação Precoce Na Clínica Psicanalítica*”deBoniatti, G. da Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ (2019).Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/4291>

Bleuler, E. &Plouler(2020). Autismo: saiba como o autismo foi descoberto.*Alto Astral*. Disponível em: <https://www.altoastral.com.br/como-autismo-foi-descoberto/>

Bosa, C. (2018).*Autismo: breve revisão de diferentes abordagens* Universidade Federal do Rio Grande do Sul Maria Callias. InstituteofPsychiatry – Universityof London, Inglaterra Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100017

Bosa, C. (2001).As relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Revista Psicologia:Reflexão e Crítica*. (vol.14) Porto Alegre.

Bossa, N. (2007). *Psicopedagogia no Brasil – Contribuições a partir da prática*. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bowlby, J.(1979). *Uma base segura – aplicações clínicas da teoria do apego*(p.79).Porto Alegre: ArtMed

Bralic, S., Habubsler, I. & Lira, I. (1979). Estimulacion Temprana. Santiago do Chile, Alfa – Beta. Dissertação: “*A Importância Do Profissional De Educação Física No Desenvolvimento Psicomotor De Crianças Com Síndrome De Down*”de Muniz,R. da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, CEUB-Brasília. (2019). Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13445>

[Bronfenbrenner](#), U. & Morris, [P.](#) (2007). Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano.(Vol.I). *Modelos Teóricos do Desenvolvimento Humano*. Recuperado em 01 de junho de 2017 <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>

Camargos, W. (2005). *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio*.(p.260).Brasília: CORDE

Campanário, I. (2008). “*O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito.*” Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=pt&tlng=pt

Carraro, A. Brinquedo para estimulação precoce de crianças com deficiência visual.(2010) Dissertação: “*Revisão Da Literatura Sobre A Utilização Do Lúdico Na Estimulação Precoce Em Crianças De 0 A 5 Anos*” de Marson, N. & Pereira, A. Cadernos da FUCAMP (v.10, nº.13, p.81-90.(2011). Disponível em: <http://fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/129/183>

Centro de Prevenção de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA.

Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/tags/centro-para-controle-e-prevencao-de-doencas-dos-estados-unidos>

Coll, C., Palacios, J. & Marchesi, A. (1995). *Desenvolvimento Psicológico e educação – Necessidades Educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Ed. Artmed.

Duncan, J. (1986). *Disorganization of behavior after frontal lobe damage*. *Cognitive Neuropsychology*. (vol 3). (p. 271-290)

Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=pt&tlng=pt

Flores, M. & Smeha, L. (2017). *Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico*. (vol.16). Rio de Janeiro: Ágora

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=pt&tlng=pt

Fonseca, V. (2009). *Psicomotricidade e neuropsicologia: abordagem evolucionista*. Rio de Janeiro: Wak.

Foster, O. (1999). *Autismo em neurologia infantil*, in Jerusalinsky, A. (Org.). *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia* (vol. 11). Recuperado em 22 de abril, 2010, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/6452/6779>

Freire, P. (2012). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (43ª Ed.). São Paulo: Paz e Terra.

Freud, S. (1930-1996). *Obras psicológicas completas: edição standard*. (1ª ed.). (Vols. XII-XVIII) Rio de Janeiro: Editora Imago.

Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell.

Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=pt&tlng=pt

Hallal, C.; Marques, N. & Braccialli, L. (2008). Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* (vol.18). Recuperado em 22 de abril, 2010. Disponível

em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n1/05.pdf>

Hobson, P. (1993a). *Understanding persons: The role of affect*. Em S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Orgs.), *Understanding other minds: Perspectives from autism* (pp. 205-227). Oxford: Oxford Medical Publications.

Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=pt&tlng=pt

Howlin, P., Baron-Cohen, S., & Hadwin, J. (1999). *Teaching Children with Autism to Mind-Read: A Practical Guide*. Chichester: John Wiley & Sons.

Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1267908>

Instituto Inclusão Brasil (2019). *Instrumentos Diagnósticos para Avaliar o Autismo-TEA*.

Disponível em [.https://www.institutoinclusaobrasil.com.br/instrumentos-diagnosticos-para-avaliar-o-autismo-tea/](https://www.institutoinclusaobrasil.com.br/instrumentos-diagnosticos-para-avaliar-o-autismo-tea/)

Kanner, L. (1943). Affective disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250. *Embryo Project Encyclopedia*.

Disponível em: <https://embryo.asu.edu/pages/autistic-disturbances-affective-contact-1943-leo-kanner>

Klein, M. (1989). *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Klein, M. (1996). Obras completas de Melanie Klein: Amor culpa e reparação e outros trabalhos. *A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. (Vol.1).(1930 p.250)*. Rio de Janeiro: Imago.

Lacan, J. (1998). *Formulações sobre a causalidade psíquica. Em Escritos* (pp. 152-194). Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Lampraia, C. (2007). *A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. In: Estudos de Psicologia* (vol24, pp 105-114) Campinas.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a12.pdf>;

Lee, CM, & Gotlib, IH (1994). Doença mental e a família. Em L. L'Abate (Ed.), *Série Wiley sobre processos de personalidade. Manual de psicologia da família e psicopatologia do desenvolvimento* (p. 243-264). John Wiley & Sons.

Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1994-97059-012>. Acessado em [11.2019](#)).

Mahler, M. (1993). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mannoni, M. (1988). *Educação Impossível*. (2ª Ed.) Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Maria Lúcia Domingues. (10ª Ed). Porto Alegre: Artes Médicas

Marin, A. J. (1998). *Com o olhar nos professores: Desafios para o enfrentamento das realidades escolares*. (vol.19, nº44). Campinas: CEDES.

Meisels, S. & Shonkoff, J. (1990). *Fatores de proteção e resiliência individual. Manual de Intervenção na Primeira Infância* (pp. 97-116). Nova York: Ed. Werner - Universidade de Cambridge.

Mello, A. (2005). *Autismo: guia prático*. (4ª Ed). São Paulo: AMA

Melman, C. (2004). *Revista Isto é*. São Paulo: Ed. Três.

Mercadante, M., Gaag, R. & Schwartzman, J. (2006). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (Vol.28 suppl.1). "Transtornos Invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação". São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria.

Messa, A. & Flamenghi, G. (2010). O impacto da deficiência nos irmãos: histórias de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. (vol.15, nº2, pp. 529-538). Rio de Janeiro: Scielo.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. (2016). *Perspectiva da Inclusão Escolar*. (obra compl.) (v. 9). Cunha, P. Inclusão escolar. Educação especial. Universidade Federal do Ceará.

Ministério da Educação da República Federativa do Brasil. (1996). *Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394*.

Ministério da Educação da República Federativa do Brasil. (2001). *Diretrizes da Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE*.

Ministério da Educação da República Federativa do Brasil. (1996). *Lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394*.

Minuchin, P. (1985). Famílias e desenvolvimento individual: provocações do campo da terapia familiar. *Desenvolvimento Infantil*. (vol.56, nº 2, pp.289-302)
Disponível em : <https://www.jstor.org/stable/1129720>

Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. (pp.123-134). Porto Alegre: Artmed.

Miranda, H. (2009). *Autismo: uma visão espiritual*. (2ª ed.). São Paulo: Lachâtre.

Oliveira, V. (1992). *O Símbolo e o Brinquedo : a Representação da Vida*. Rio de Janeiro:Vozes

Organização Mundial de Saúde.(1983). *Classificação de transtornos mentais de comportamento da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa*.

Presidência da República do Brasil (2012). *Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012*.

Orrú,S.(2012).Revista Americana de Educação.(Vol.33,nº1,p.65). *A formação de professores e a educação de autistas*.

Disponível em: <https://rieoei.org/RIE/article/view/2965>

Paniagua, G. (2004). As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. In: Coll, C.; Merchesi, A.; Palácios J. e Coll. *Desenvolvimento psicológico e educação*.(2ª Ed, vol.3, cap.17, pp. . 330-346). São Paulo: Artmed.

Perner, J. (1991). *Understanding the representational mind*. Cambridge, MA: MIT.

Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=pt&tlng=pt

República Federativa do Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA. Lei nº 8.069*

Rutter, M. (1978). *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*.(p.1-125). New York: Plenum Press.

Santos, D.; Gonçalves, V. &Gabbard, C.(2000) Desenvolvimento motor durante o primeiro ano de vida: uma comparação entre lactentes brasileiros e americanos. *Temas sobre desenvolvimento*,(v. 9, nº. 53, p. 34-37). Dissertação: “*Revisão Da Literatura Sobre A Utilização Do Lúdico Na Estimulação Precoce Em Crianças De 0 A 5 Anos*” de Marson, N. & Pereira, A. Cadernos da FUCAMP (v.10, nº.13, p.81-90).(2011). Disponível em:

<http://fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/129/183>

Schwartzman, S. (2010). Autismo e outros transtornos do espectro autista. *Revista Autismo*.

Disponível em: <https://www.revistaautismo.com.br/numero/000/autismo-e-outros-transtornos-do-espectro-autista/>

Souza, N. & Lima, J.(2008).O jogo como recurso pedagógico um desafio na Educação Infantil.*Motriz. Revista de Educação Física.UNESP*.(Vol.14, nº4)Disponível em: <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/21470>

Spitz, R.(2000).*O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.

Sprovieri, M. & Assumpção, F.(2001).*Dinâmica Familiar De Crianças Autistas*

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200016&lng=pt&tlng=pt

Szabo, C. (2005). *Autismo: Um mundo estranho*. (3ª ed.). São Paulo: Edicon.

Tegethof, M. I. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias (Vol. I). Dissertação: “*O papel da intervenção psicomotora no desenvolvimento infantil e na intervenção precoce*” da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Universidade do Porto. (2017)

Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/14771>

Temple, J. & Reynolds, A.(1998). Núcleo Ciência Pela Infância. *O Impacto Do Desenvolvimento Na Primeira Infância Sobre A Aprendizagem*.(2019).Disponível

em:https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/IMPACTO_DESENVOLVIMENTO_PRIMEIRA%20infancia_SOBRE_APRENDIZAGEM.pdf

Torres, J.(2019). *Cuestiones previas em torno a la investigación em educación*. Espanha: Universidade de Jaén

Trevarthen, C. (1979). *Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity*. Em M. Bulova (Org.), *Before speech: The beginnings of human communication* (pp. 321-347). London: Cambridge University.

Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=pt&tlng=pt

Vigotsky, L.(1989). *A Formação Social da Mente*. (4ª Ed.).São Paulo: Martins Fontes

Wanderley, D. (2013).*A voz da sereia – o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. (3ªed).(p.112). Textos compilados de Marie-Cristine Laznik. Salvador: Ágalma.

Williams, C.&Wright, B. (2008).*Convivendo com Autismo e Síndrome de Asperger*. São Paulo : Books do Brasil Editora Ltda.

Winnicott, D.(2013).*Os bebês e suas mães*.(4ªed).(pp.48-72).São Paulo: Martins Fontes.

Zapparoli, K. (2017). *O Uso de Brincadeiras Populares Adaptadas à Deficiência Múltipla: Um Enfoque Pedagógico*. Disponível

em:http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:-Zpn4zmpegkJ:scholar.google.com/+Zapparoli+a+forma%C3%A7%C3%A3o+da+mente&hl=pt-BR&as_sdt=0,5

www.psicologiananet. *Como entender o comportamento agressivo de crianças autistas e crianças com dificuldades de relacionamento*. Acessado em 03.09.19.

www.scienceblogs.com.br . *Autismo e agressividade: existe relação?* Pub. 16.06.09 por Epaminondas,F. Acessado em 08.09.19.

www.caminhosdoautismo.com.br. *Mau comportamento e agressividade na infância*. Escrito por Mondoni, S. M. Acessado em 08.09.19 às 19:00 hs.

www.ufsj.edu.br/portal- *A Construção da Autonomia Social e Psíquica*. Cornelius Castoriadis. Acessado em, 23/09/2018

www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas. *A divisão do sujeito*. Acessado em 23/09/2018.

www.csautismo.blogspot.com.br/2011/05/em-1906-Plouller. Acessado em 10/09/2018.

www.ama.org.br. Acessado em 15/05/2018.

www.universoautista.com.br/autismo/Acessado em 18/05/2018.

www.scienceblogs.com.br . Acessado em 08/09/2018 .

<http://www.portaldaeducacao.recife.pe.gov.br/educacaoespecial> . Acessado em 12/04/2019 e 06/7/2019

http://www.portaldaeducacao.recife.pe.gov.br/boletim_informativo . Acessado em 20/04/2019

<http://pecs-portugal.com/pecs.php>.Acessado em 26/12/19

www.autismo-br.com.br. *Estudos iniciais de Autismo por Leo Kanner*. Acessado em 08.09.19 às 16 hs.

ANEXOS

ANEXO 1

Prefeitura do Recife
Secretaria de Educação

CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/20012 – CNS/CONEP)

Aceito a estudante **Sra. TÂNIA BECHARA ASFÓRA GALVÃO**, do Curso de Mestrado em Ciências da Educação, da Universidad Autónoma de Asunción, para desenvolver o Projeto de Dissertação, intitulado “**O desenvolvimento da autonomia da pessoa com transtorno do espectro do autismo**”, sob a orientação do professor **Dr. Daniel González González**. Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que sejam assegurados os seguintes requisitos: o cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP; a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa e a ausência de despesas para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa. No caso do não cumprimento dos itens acima, com a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Recife, 06 de novembro de 2019.

MARIA COSTA

Diretora Executiva de Gestão da Rede
Matrícula nº 98.979-9

Carta de Anuência nº 18/2019 – DEGRE/SEDUC

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO PARA PAIS DE CRIANÇAS COM TEA

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Filiação: _____ Idade _____

_____ Idade _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Pessoas que convivem no mesmo ambiente: _____

Informante: _____ Data: _____

Escola: _____

Aceita o contato físico: Sim Não

Observações: _____

Relacionamento: Isola-se
 Reage frente a limites
 Agressividade – Em que situações?

Humor: Auto-agressividade
 Heteroagressividade

Interesses: Na alimentação - _____

Nos jogos/brincadeiras - _____

Linguagem : verbal - 1. Fala compreensiva ()
 2. Fala não compreensiva ()
 3. Fala repetitiva com sentido ()
 4. Fala repetitiva sem sentido ()

não-verbal - 1. Gestos ()
 2. Sinais ()

De que forma é sua comunicação com as pessoas? Você compreende os seus desejos?

Desenvolve as AVA's ?(Atividades de Vida Autônoma) Quais?

Você participa de alguma associação de pais? () SIM () NÃO

ANEXO 3

OBSERVAÇÕES COMPORTAMENTAIS E PEDAGÓGICAS INICIAIS

Nome: _____ D.N: _____

Nome do Pai: _____ D.N: _____

Nome da Mãe: _____ D.N: _____

Escola: _____

Endereço: _____

1- CONTATO:

Primeiro contato [Como chegou, com quem e quais as primeiras reações.]:

Contato Físico: Aceita Evita Exige proximidade Tem interesse pelo outro
Tem alguma forma específica de entrar em contato?

Contato Visual: Mantém contato Evita olhar Olhar vazio Olhar expressivo

Tipo de Contato: Espontâneo Precisa ser estimulado
 Provoca desânimo Provoca afastamento

Relacionamento: Mostra-se reservado
 Busca o outro apenas para satisfazer as suas necessidades
 Isola-se ensimesmado
 Isola-se percebendo o ambiente
 Busca conforto quando em sofrimento
 Demonstra reações
 Reação frente a limites

Agressividade

Participação: Insiste em seguir rotinas Precisa ser estimulado a participar
 Interesse acentuadamente restrito Finaliza as atividades

Humor: Apático

Auto-agressividade Sinais de ansiedade

Heteroagressividade Alterações de humor

Intolerância e sofrimento frente a mudanças triviais do ambiente

2- DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR:

Motricidade Ampla Motricidade Fina Esquema Corporal

Percepção Espacial Percepção Temporal Percepção Visual

Percepção Auditiva Percepção Tátil

Características de disfunção cerebral mínima:

Distúrbio Neurológico

Lateralidade

Distúrbio na fala

Problemas no comportamento

Dificuldade de concentração

Desastrado, desajeitado, cai muito, tem gestos bruscos e mal medidos, quebra lápis, usa muita força.

Quando sentado apresenta movimentos desnecessários com os membros superiores e inferiores, com os dedos, move o tronco, a cabeça, pisca os olhos, faz caretas, tamborilha na mesa, murmuração constante, canto monótono, etc.

3- DESENVOLVIMENTO COGNITIVO:

Brincar: Acompanha deslocamento de objetos Monta cenas com brinquedos

Percebe uma cena montada com brinquedos Utilização do “faz-de-conta”

Utilização de representações gráficas

Capacidade de imitação

Linguagem: Apresenta expressões faciais

Compreende expressões faciais dos outros

Comunicação não verbal:

Desenho: _____

Memória Visual: _____

Memória Auditiva: _____

Comunicação verbal:

Fala compreensível ou incompreensível? _____

Apresenta escrita

Atenção: _____

Compreensão: _____

Formação do Conceito: Define objetos

Define situações

Uso adequado das palavras

Nomeia

OBSERVAÇÕES/ CONCLUSÕES:

ANEXO 4

CAPACITAÇÃO EDUCACIONAL

OBJETIVOS:

1. Geral:

Melhorar a inclusão das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) desenvolvendo sua Autonomia

2. Específicos:

- Aperfeiçoar a formação dos professores.
- Melhorar a interação das pessoas com TEA com profissionais em todas as áreas.
- Eliminar os agentes de exclusão do processo educacional.
- Facilitar a inclusão das pessoas com TEA nas escolas, oferecendo o apoio necessário ao desenvolvimento da **autonomia** e melhor desempenho educacional.
- Estimular a articulação de áreas profissionais distintas, objetivando prevenir, excluir ou minimizar obstáculos que interferem no processo educacional das pessoas com TEA.
- Propor um plano de Atendimento Educacional Especializado através do PEI (Projeto Educacional Individualizado)

Parte I – Seminário

Público alvo: Profissionais de educação (professores, gestores e coordenadores)

Temas do Seminário:

- A Educação Especial: Conceito, História, Modalidades e Objetivos;
- A inclusão: A educação inclusiva das pessoas com TEA;
- O papel da família: A estimulação essencial, aceitação, participação na Educação, relação família e escola;
- Desenvolvimento da Autonomia das pessoas com TEA;
- Documentos legais / Inclusão das pessoas com TEA .

Recursos Materiais:

- Datashow

Carga Horária:

8 horas

Parte II - Sensibilização

Público alvo: Toda comunidade escolar (exceto os estudantes)

Recursos Materiais:

TV;
Vídeo;
Papel; e
Lápis

Carga Horária:

4 horas

Parte III - Oficina Pedagógica:

Público alvo: Toda comunidade escolar (exceto os estudantes)

Recursos Materiais:

TV;
Som;
Cartolinas;
Lápis Hidrocor;
Caixa de pilot (preto ou azul);
Fita adesiva colorida ;
Cola;
Papel ofício;
Pastas coloridas;
Canetas;
Revistas;
Gravuras diversas;
Copos vazios de iogurte;
Garrafas pet;
Palitos de picolé; e
Sucatas diversas

Carga Horária:

4 horas

ANEXO 5

ROTEIRO PARA PLANO DE AEE

A. Dados de identificação

Nome do estudante: _____

Idade: _____ Ano: _____ Turma: _____ Turno: _____

Escola: _____

Professor do ensino regular: _____

Professor do AEE: _____

B. Plano de AEE

São os direcionamentos para que as necessidades do estudante sejam atendidas. São as especificidades no que se refere ao AEE a fim de que o estudante possa ter acesso ao ambiente e a conhecimentos escolares de forma que lhe permita ter autonomia a admissão com participação no ambiente escolar.

1. Objetivos do plano:

2. Organização do atendimento:

- Período de atendimento: de (mês) ... a (mês) ...
- Dias (quantidade de vezes por semana para atendimento ao estudante):
- Horas de atendimento
- Composição do atendimento: () individual () coletivo
- Outros:

3. Preparação das atividades a serem realizadas pelo estudante.

4. Escolha de materiais a serem produzidos para o estudante.

5. Adequações de materiais próprios ao atendimento às necessidades do estudante.

6. Seleção de materiais e equipamentos que necessitam ser adquiridos para utilização no atendimento do estudante. (verificar a necessidade de compra caso não estejam disponíveis na sala de recursos multifuncionais)

7. Listar os parceiros que podem potencializar o atendimento e produzir materiais, como por exemplo, o terapeuta ocupacional.

8. Corpo da escola ao qual a professora de AEE irá socializar e orientar a cerca dos recursos que estão sendo utilizados com o estudante:

- Professor de sala de aula

- Professor da Educação Física
- Colegas de turma
- Gestor escolar
- Equipe pedagógica
- Outros. Quais:

C. Avaliação dos resultados:

1. Indicação de formas de registro

A avaliação do plano elaborado é contínua no decorrer da sua execução.

Esta avaliação deverá estar documentada em lugar específico, tipo caderno ou ficha, durante todo o período de sua execução, de modo que seja acessível, para caso haja necessidade, outro profissional possa dar continuidade ao trabalho que está sendo executado.

Ao registrar, deve ser mencionado tudo que tiver sido observado no contexto escolar no que diz respeito ao estudante, tais como: alterações comportamentais, influências das ações do plano de AEE no desenvolvimento de competências, etc.

2. Análise de resultados.

D. Reestruturação do Plano:

Enumerar os itens, em caso dos objetivos não atingidos, para serem reestruturados.

- Pesquisar e implementar outros recursos.
- Estabelecer novas parcerias.
- Outros.

ANEXO 6



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ASUNCIÓN FACULDADE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y LA COMUNICACION**

COLETA DE DADOS

Local da Pesquisa:

Rede Municipal de Ensino do Recife – Estado de Pernambuco – Brasil

Fonte do fornecimento dos dados da pesquisa:

- Gerência de Educação Especial
- [WWW.portaldaeducacao.recife.pe.go.br/boletim informativo-acesso](http://WWW.portaldaeducacao.recife.pe.go.br/boletim_informativo-acesso) em 12/04/2020 e 06/07/2020
- WWW.portaldaeducacao.recife.pe.go.br/educacoespecial – acesso em 20/04/2019

Quantidade de estudantes com necessidades especiais em 2019 – **3.900**

Quantidade de estudantes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) - **992**

Quantidade de Salas de Recursos Multifuncionais (SRM) – **148**

Quantidade de Professores em Atendimento Educacional Especializado (AEE) nas salas de Recursos Multifuncionais – **247**

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Instruções

Para cada área (higiene, vestir/despir, alimentação, tarefas de vida prática e materiais pedagógicos) deve marcar, com uma cruz, uma das seguintes afirmações: **nunca** (não atinge o objetivo), **raramente**, **às vezes**, **sempre** (o objetivo é alcançado). As atividades que só são observadas no lar, devem ter a colaboração dos pais / responsáveis. **Colocar apenas as iniciais do nome do estudante.**

	Nome: _____ Sexo: ___(F)___(M)	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
HIGIENE	Data de Nascimento: ____/____/____				
	Lava as mãos e rosto com sabonete, e depois enxuga				
	Escova os dentes sem ajuda				
	Toma banho sozinho				
	Penteia ou escova o seu cabelo				
	Limpa o nariz e assoa-o				
	Vai ao banheiro sozinho para realizar suas necessidades físicas				
	Possui um completo controle dos esfínteres				
	Veste-se completamente sozinho				
	Despe-se completamente sozinho				
	Veste a camisa / blusa				
	Calça as meias				
VESTIR E DESPIR	Sabe qual é a frente da roupa				
	Desabotoa botões grandes numa prancha de botões ou na camisa/blusa sobre a mesa				
	Dasabotoa a própria roupa				
	Abotoa a própria roupa				
	Fecha e abre o "ziper" da própria roupa				
	Pendura a sua roupa num cabide				
	Calça os sapatos corretamente sem ajuda				
	Dá laços nos atacadores dos sapatos				

	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
ALIMENTAÇÃO				
TAREFAS DE VIDA PRÁTICA				
MATERIAIS PEDAGÓGICOS				

INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR (IPSF)

Nº	AFIRMAÇÕES	QUASE NUNCA OU NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE OU SEMPRE
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias.			
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
03	Há regras sobre diversas situações na minha família.			
04	Meus familiares me elogiam.			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
07	Eu sinto raiva da minha família.			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11	Minha família discute seus medos e preocupações.			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
18	Em minha família existe privacidade.			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20	Há ódio em minha família.			
21	Eu sinto que minha família não me compreende.			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levada em consideração.			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
24	Os membros da minha família se tocam e se abraçam.			
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional.			
26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).			
27	Viver com minha família é desagradável.			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem-estar de cada um.			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32	Em minha família há competitividade entre os membros.			
33	Eu sinto vergonha da minha família.			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35	Em minha família demonstramos carinho por meio das palavras.			
36	Minha família me imita.			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39	Eu me sinto excluído da família.			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			

© 2004 Editora e produtora a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer meio eletrônico ou outra qualquer tecnologia, é proibida sem a autorização expressa e formalizada da Editora e produtora.