

**ELAINE DE ALENCAR OLIVEIRA**

**AUTISMO: PROCEDIMENTOS E POSSIBILIDADES**

**PUC**

**SÃO PAULO**

**2012**

**ELAINE DE ALENCAR OLIVEIRA**

**AUTISMO: PROCEDIMENTOS E POSSIBILIDADES**

Monografia apresentada a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de **Especialista em Educação Inclusiva – Deficiência Intelectual** sob a orientação da Professora Doutora Maria Teresa Baptista de Oliveira.

**PUC**

**SÃO PAULO**

**2012**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois Ele sempre esteve e está comigo, Ele que me deu força para chegar até aqui, agradeço aos meus pais que tanto amo, aos meus familiares que sempre me incentivam. Agradeço também a instituição em que trabalho, por ter cedido o espaço, o acervo de dados para realização da pesquisa bibliográfica, também, a Professora Doutora Maria Teresa Baptista de Oliveira que orientou desde o princípio, desde a escolha do tema até o discorrer de todo o processo deste trabalho, com toda paciência e dedicação.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais primeiramente, pela paciência e dedicação, ao meu noivo, que teve toda paciência comigo, me ajudando e me incentivando, aos meus amigos em especial os amigos da Fé, por sempre estarem ao meu lado durante todo este processo de especialização e conclusão de trabalho, sempre com muito carinho e palavras de apoio e incentivo.

Elaine de Alencar Oliveira

## RESUMO

OLIVEIRA. Elaine de Alencar, Autismo: Procedimentos e Possibilidades. São Paulo. 2012 Monografia. 46 páginas. COGEAE-PUC-SP.

O presente estudo tem por objetivo demonstrar quais os procedimentos mais adequados para se trabalhar com crianças com autismo e quais as suas possibilidades de desenvolver a aprendizagem.

O interesse por este tema surgiu em decorrência da minha atuação junto a uma instituição que atende crianças autistas onde são aplicados alguns métodos, que irei abordar nesse estudo.

A intenção desta pesquisa é mostrar que esses métodos podem ser utilizados pelos professores para trabalhar a inclusão.

**Palavras chaves:** autismo, procedimentos de ensino, inclusão.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO 1 - HISTÓRIA DO AUTISMO</b> .....	<b>02</b>
1.1 - CONCEITO E GENERALIDADE .....	05
1.2 - CAUSAS .....	07
1.3 - SINAIS E SINTOMAS .....	14
<b>CAPÍTULO 2 - DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 3 - PROCEDIMENTOS - ABORDAGENS</b> .....	<b>19</b>
3.1 - PEP-R .....	19
3.2 - TEACCH .....	21
3.3 - PLANEJAMENTO EDUCACIONAL .....	28
3.4 - ABA - ANÁLISE APLICADA DO COMPORTAMENTO .....	28
3.5 - PEC'S .....	39
<b>CAPITULO 4 - RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> .....	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO 5 - TRABALHANDO A INCLUSÃO</b> .....	<b>44</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>46</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma pesquisa bibliográfica com um relato da minha experiência. O mesmo traz um tema muito procurado por pais, familiares, professores de educação regular, coordenação, entre outros. Pois o que se ouve mais hoje em dia é, “Nossa, acredita que o filho da Ana tem autismo”. E aí? O que é Autismo? O que fazer diante dessa situação?

O autismo é um transtorno global/invasivo do desenvolvimento, conhecido pela tríade que a caracteriza, sendo a comunicação, sociabilização e imaginação.

Percebe-se que atualmente ainda existe uma grande desinformação das pessoas em relação ao Autismo. Até mesmo a causa ainda é desconhecida, sendo que desperta a curiosidade dos cientistas, em busca dessa causa.

E nesta pesquisa, trataremos questões como definição, características do Autismo, tratamento baseado no TEACCH *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren* (Tratamento e Educação para Crianças com Autismo e com distúrbios correlatos da Comunicação) e na ABA Terapia Comportamental e com o auxílio do PEC's *Picture Exchange Communication System* (Sistema de Comunicação através da Troca de Figuras).

Nessa pesquisa, mostraremos métodos para se trabalhar com pessoas com autismo, ajudando no seu desenvolvimento cognitivo, social e comportamental.

# **AUTISMO: PROCEDIMENTOS E POSSIBILIDADES**

## **CAPÍTULO 1 - HISTÓRIA DO AUTISMO**

O autismo foi descrito pela primeira vez em 1943 pelo Doutor Leo Kanner que é médico austríaco, mora em Baltimore, nos EUA. Em seu artigo Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo, Kanner descreveu 11 casos, dos quais o primeiro, Donald T., chegou até ele em 1938.

Kanner L. et al (1985) apud Schwartzman JS. (2011) conta em A história oficial do Autismo Infantil, que ela teve início em 1943, com um artigo publicado na revista The Nervous Child, de autoria do Doutor Leo Kanner.

O artigo inicia com: “Desde 1938, veio à nossa atenção um número de crianças cuja condição difere tão marcantemente e unicamente de qualquer coisa relatada até o momento, que cada caso merece e espero, eventualmente receberá uma consideração detalhada de suas peculiaridades fascinantes (..)”. Nesse artigo Kanner descreve 11 crianças de idade variando de dois anos e quatro meses a onze anos, sendo oito meninos e três meninas. Ele finaliza: “(...) mesmo uma revisão rápida do material faz com que a emergência de um certo número de características essenciais comuns seja inevitável.

Essas características formam uma “síndrome” única, não reportada até o momento, que parece ser suficientemente rara, embora seja provavelmente mais frequente do que seja indicado pela paucidade de casos observados. É bem possível que tais crianças tenham sido vistas como retardadas ou esquizofrênicas”.

Com esse artigo, Leo Kanner desencadeou um movimento de busca de validação do que havia descrito.

Na discussão do artigo original, Kanner já nos dá uma ideia dos sintomas da doença. Ele sinaliza “a inabilidade de se relacionar com pessoas e situações” desde o início de sua vida, “uma solidão autista extrema” em relação aos estímulos externos, “uma falha em assumir uma postura antecipatória” ao ser carregado, “uma dificuldade de adquirir fala comunicativa”, e “excelente memória em bloco”.

Embora ele tenha listado uma série de outros sintomas, estes seriam os mais destacados e facilmente identificáveis. Conclui o artigo com: “Nós devemos, então, assumir que estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata para formar o costumeiro contato afetivo com pessoas, biologicamente fornecido, assim como outras crianças vêm ao mundo com déficits inatos físicos ou intelectuais”.

Kanner teve a felicidade de poder seguir as 11 crianças descritas no artigo original e publicou suas observações 30 anos mais tarde. Nesse artigo, relata como essas crianças evoluíram quando adultas e alerta:

“Nós devemos manter em mente que elas foram estudadas antes dos dias em que uma variedade de métodos terapêuticos foi inaugurada, baseada em uma variedade de premissas teóricas de orientação psicanalítica, baseada em condicionamento operante, psicofarmacológicas, educacionais, via psicoterapia dos pais, e combinações das várias abordagens. Não houve tempo suficiente para que se pudessem fazer estudos de seguimento em longo prazo. De qualquer forma, ainda não há relatos que possam nos dar uma ideia fidedigna acerca dos efeitos temporários ou fragmentários de melhora com esse método”.

A forma detalhada e vivida como Dr. Kanner descreveu seus pacientes tornou o seu relato leitura obrigatória para qualquer pessoa interessada no assunto, tanto que ainda há autores que se referem à “síndrome de Kanner”.

Em realidade, o Autismo recebeu diferentes denominações, tais como Autismo Infantil Precoce, Autismo Infantil, Autismo, Crianças Atípica e até Psicose Infantil Precoce.

## 1.1 - CONCEITO E GENERALIDADE

Autismo é um conjunto de sintomas que caracterizam uma doença, ou seja, uma síndrome definida por alterações presentes desde idades muito precoces, tipicamente antes dos três anos de idade, e que se caracteriza sempre por desvios na comunicação, interação social e imaginação.

Segundo Schwartzman JS. et al (2011) O Autismo Infantil (AI) é uma condição que tem atraído a atenção de inúmeros pesquisadores interessados no estudo dos distúrbios do desenvolvimento que cursam com padrões atípicos de comportamento.

Algumas peculiaridades fazem de pessoas com autismo e com condição a ele associadas um grupo com características marcantes e muito particulares, dentre as quais podemos citar as respostas inconscientes aos estímulos, a tendência ao isolamento social, o perfil heterogêneo de habilidades e prejuízos, a presença de estereotipias, os distúrbios da comunicação etc.

Desde a descrição inicial até os dias de hoje, a maioria de trabalhos, livros, congressos e eventos dedicados à discussão deste tema já é indicativa do interesse que o autismo desperta e das controvérsias que cercam este conjunto de condições.

O autismo é considerado, atualmente, um transtorno do desenvolvimento de causas neurobiológicas, definido de acordo com critérios eminentemente clínicos. As características básicas são anormalidades qualitativas e quantitativas que, embora

muito abrangentes, afetam de forma mais evidente as áreas da interação social, da comunicação e do comportamento.

De acordo com Kanner L. et al (1943) apud Schwartzman JS. (2011) o conceito do AI se modificou muito desde sua descrição inicial, deixando de ser considerada uma doença claramente definida e com causas parentais para ser agrupado em uma série de condições com as quais guarda várias similaridades, e que passaram a ser denominadas de Transtornos Globais (ou Abrangentes) do Desenvolvimento (TGD).

A descrição de Kanner, perfeita do ponto de vista descritivo, foi acompanhada por uma interpretação etiológica que apontava para causas parentais e, segundo este autor, o AI seria uma condição que afetaria crianças biologicamente normais, mas que, em decorrência de inadequações ambientais, se tornariam autistas.

Os problemas ambientais foram apontados por Kanner como sendo, muito possivelmente, causados por cuidados parentais, mais comumente maternos, inadequados.

Curioso que, ao final do seu artigo original, Kanner admite que em algumas das crianças por ele descritas os sinais e sintomas característicos do AI estavam presentes tão cedo que seria inviável uma determinação ambiental, tornando possível aventar uma hipótese biológica.

Como sabemos, a primeira hipótese prevaleceu por vários anos; apenas na década de 1960 posições a favor de uma causa biológica passaram a ser defendidas por vários pesquisadores e clínicos.

O conceito do AI se modificou, portanto, não somente no que diz respeito às suas possíveis causas, mas também no que se refere à sua própria conceituação. Hoje, ampliou-se o leque de condições clínicas que são consideradas pertencentes ao grupo dos assim denominados TGD.

## **1.2 - CAUSAS**

O Autismo Infantil se manifesta antes dos três anos de idade e varia muito no que se refere à severidade dos prejuízos presentes.

As causas do autismo são desconhecidas, pois acredita – se que a origem esteja em anormalidades em alguma parte do cérebro ainda não definida de forma conclusiva e, provavelmente, de origem genética.

Além disso, admite – se que possa ser causada por problemas relacionados a fatos ocorridos no período da gestação ou momento do parto, a hipótese de uma origem relacionada à frieza ou rejeição materna já foi descartada há muito tempo sendo hoje apenas um mito.

As causas não são literalmente conhecidas, o que pode ser recomendado em termos de prevenção do autismo são os cuidados gerais.

Segundo Schwartzman JS. et al (2011) os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), com frequência, ocorrem concomitantemente com outras condições neurobiológicas, e é importante assimilar, desde já, que a presença de uma dessas condições não exclui necessariamente o diagnóstico de TEA.

Para Manuel FC. et al (2007) apud Schwartzman JS. (2011) é importante assimilar também que não foi identificado, até o momento, um único marcador biológico que esteja presente em todos os casos clinicamente diagnosticados como TEA, e possivelmente isso nunca será possível, uma vez que já foram identificadas várias “causas” para os TEA.

Aliás, talvez devêssemos deixar de pensar em “causas” e tentar entender os TEA como condições multifatoriais que surgem quando um determinado indivíduo é exposto a três tipos de eventos: período crítico no desenvolvimento cerebral, vulnerabilidade subjacente e estressor externo.

De acordo com Schwartzman JS. et al (2011) para grande parte dos profissionais que trabalham com o TEA, o diagnóstico deve ser firmado após os 3 anos e, em geral, aos 5 ou 6 anos, quando os sinais e sintomas são mais evidentes.

No entanto, há uma tendência atual a se identificarem bem mais precocemente crianças “em risco” de desenvolver autismo. Seria muito interessante que pudéssemos contar, realmente, com este tipo de conceito, pois poderiam ser implementados procedimentos com a finalidade de minimizar os prejuízos e, quiçá em casos menos severos, impedir que cheguem a causar disfunções adaptativas significativas.

Não se trataria de “curar” o autismo, mas, sim, de reduzir ao máximo os danos, permitindo adaptação compatível com prognóstico bem mais favorável.

## **MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-IV-TR**

Segundo a quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR, o grupo é constituído pelo Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Os critérios recomendados para este diagnóstico são:

“

(A) Um total de seis (ou mais itens) de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2) e um de (3).

(1) Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:

a) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contacto visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;

b) fracasso em resolver relacionamentos com os seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;

c) falta de tentativa espontânea de partilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p. ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);

d) falta de reciprocidade social ou emocional.

(2) Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por tentativa de compensá-la por modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);

b) em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter conversação;

c) uso estereotipado e repetitivo da linguagem, ou linguagem idiossincrática; d) falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento;

(3) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade e foco;

b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais;

c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (p. ex., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);

d) preocupação persistente com partes do corpo.

(B) Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade:

(1) interação social,

(2) linguagem para fins de comunicação social, ou

(3) jogos imaginativos ou simbólicos.

(B) A perturbação não é mais explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância. “

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS  
RELACIONADOS COM A SAÚDE – CID-10**

Fazem parte deste grupo, segundo a décima edição da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, além do Autismo Infantil, o Autismo Atípico, a Síndrome de Rett, Outros Transtornos Desintegrativos da Infância, Transtorno de Hiperatividade associado a Retardo Mental e Movimentos Estereotipados, a Síndrome de Asperger, Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento e o Transtorno Global do Desenvolvimento Não Especificado.

Dentre eles estão descritos

F84.0 Autismo infantil

F84.1 Autismo atípico

F84.2 Síndrome de Rett

F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância

F84.4 Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados

F84.5 Síndrome de Asperger

F84.8 Outros transtornos globais do desenvolvimento

F84.9 Transtornos globais não especificados do desenvolvimento

Os diagnósticos mais descritos em laudos são:

## F84.0 Autismo Infantil

Perturbação global do desenvolvimento caracterizada por (a) desenvolvimento anormal ou alterado manifestado antes da idade de 3 anos, e (b) apresentando perturbação características do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo.

Além disso, a perturbação é acompanhada comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, como, por exemplo, fobias, perturbações do sono ou da alimentação, crises de birra e agressividade (autoagressividade).

Inclui: Autismo infantil, Psicose infantil, Síndrome de Kanner, transtorno autístico.

Exclui: Psicopatia autista (F84.5)

## F84.1 Autismo Atípico

Perturbação global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de 3 anos ou que não responde a todos os três critérios diagnósticos do autismo infantil.

Esta categoria deve ser utilizada para classificar desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de 3 anos, sem apresentar manifestações patológicas suficientes em um dos três domínios psicopatológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados; estereotipados ou repetitivos) implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários desses domínios.

O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam atraso mental profundo ou perturbação específica grave do desenvolvimento da linguagem do tipo receptivo.

Inclui: Psicose infantil atípica, Atraso mental com características autísticas.

Usar código adicional (F70-F79), se necessário, para identificar o atraso mental.

As vantagens decorrentes do uso desses critérios descritivos é que eles permitiram a uniformização da terminologia e acenam com a possibilidade de que investigadores diversos identifiquem pacientes com quadros clínicos relativamente homogêneos.

A desvantagem é que, no DSM-IV-TR, a definição da condição é dada por um dado numérico que não leva em conta, necessariamente, algumas sutilezas que a observação clínica pode evitar.

### **1.3 - SINAIS E SINTOMAS**

- Alteração no sono
- Hábitos alimentares seletivos
- Não aponta, não mostra atenção compartilhada

- Comportamentos estereotipados, risos não apropriados
- Comportam-se como surdos ao serem chamados
- Hipersensibilidade aos sons
- Não têm movimentos antecipatórios
- Aversão ao contato físico
- Não mantêm contato visual
- Não apresentam reação de surpresa
- Dificuldade para brincar de faz de conta
- Ecolalia imediata ou tardia de sons ouvidos
- Tendência ao isolamento
- Usa pessoas como ferramentas
- Apresentam o flapping – movimentos de antebraços e mãos
- Podem andar nas pontas dos pés
- Autoagressão, agressão e destruição
- Gosta de girar objetos
- Inquietos, hiperativos e comportamentos estranhos
- Interesses específicos por coisas e objetos
- Resiste ao aprendizado
- Apresenta modos de comportamentos arredios ou indiferentes
- Alguns têm habilidades especiais

## CAPÍTULO 2 - DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do autismo é feito através de observação clínica do comportamento juntamente com uma entrevista com os pais. Os sintomas aparecem antes dos 3 anos de idade, sendo possível se fazer o diagnóstico por volta dos 18 meses de idade.

Ainda não há marcadores biológicos e exames específicos para autismo, mas alguns exames, tais como cariótipo – com pesquisa de X frágil, EEG, RNM e erros inatos do metabolismo), teste do pezinho, sorologias para sífilis, rubéola e toxoplasmose, audiometria e testes neuropsicológicos são necessários para investigar causas e outras doenças associadas ao autismo.

O quadro clínico do autismo, segundo o DSM IV TR é: Prejuízo da habilidade social: não compartilham interesses, não desenvolvem empatia e demonstram certa inadequação em abordar e responder aos interesses, emoções e sentimentos alheios. Prejuízo no uso de comportamentos não verbais, como contato visual direto, expressão facial, postura corporal e com objetos;

Dificuldades na interação social: fracasso em vincular-se a uma pessoa específica, não diferenciação de indivíduos importantes em sua vida, falta de comportamento de apego.

Alterações na linguagem: atraso na linguagem falada. Nos que desenvolvem a linguagem adequadamente, dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, uso estereotipado e repetitivo de certas palavras ou frases e emprego da terceira pessoa (inversão pronominal) para falar de suas vontades.

Os que aprendem a ler não apresentam compreensão do que leem; alterações de comportamento: padrões restritos de interesse, manipulação sem criatividade dos objetos, ausência de atividade exploratória, preocupação com as partes de objetos, inabilidade para participar de jogos de imitação social espontâneos, adesão a rotinas rígidas, presença de maneirismos motores e crises de raiva ou pânico com mudanças de ambiente; mudanças súbitas de humor, com risos ou choros imotivados, hipo ou hiper-responsividade aos estímulos sensoriais e agressividade sem razão aparente. Comportamentos auto agressivos, como bater a cabeça, morder-se, arranhar-se e arrancar os cabelos podem ocorrer.

Uma proposta de alteração dos critérios do DSM V está online e sugere que para se diagnosticar autismo estejam presentes as seguintes características: déficits na comunicação social e na interação social: déficit na comunicação não verbal e verbal utilizada para a interação social, falta de reciprocidade social, incapacidade de desenvolver e manter relacionamentos com seus pares apropriados ao seu nível de desenvolvimento.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento: estereotipias ou comportamentos verbais estereotipados ou comportamento sensorial incomum, aderência a rotinas e padrões de comportamentos ritualizados, interesses restritos.

Os sintomas devem estar presentes na primeira infância, mas podem não se manifestar plenamente, até que as demandas sociais ultrapassem as capacidades limitadas.

Como vimos que no exame clínico é feita uma anamnese, uma avaliação direta além dos exames complementares, são também utilizados como instrumentos a avaliação neuropsicológica e os questionários

- ✓ ASQ
- ✓ ABC
- ✓ CARDS
- ✓ ADOS
- ✓ CHAT
- ✓ PEP-R
- ✓ VINELAND
- ✓ VARREDURA VISUAL
- ✓ OUTROS

## **CAPÍTULO 3 - PROCEDIMENTOS – ABORDAGENS**

No presente capítulo falarei sobre algumas abordagens e práticas que mostram a eficácia no trabalho com crianças e/ou pessoas com autismo.

### **3.1 - PEP-R**

O PEP-R surgiu em função da necessidade de identificar padrões irregulares de aprendizagem, visando a subsequente elaboração do planejamento Psicoeducacional, segundo os princípios do Modelo TEACCH (Treatment of Autistic and Communication Handicapped Children).

Esse instrumento vem sendo usado no Brasil desde 1992, e oferece uma abordagem desenvolvimentista para crianças com autismo e distúrbios de desenvolvimento, apresentando uma maneira de descrever e compreender os padrões de aprendizagem.

O PEP-R é um inventário de comportamentos e habilidades para identificar padrões de aprendizagem. Ele é utilizado para crianças com nível de idade pré-escolar até 12 anos e fornece informações para a elaboração de um programa pedagógico individualizado.

A maioria dos itens de avaliação não depende da linguagem verbal, além de possuir uma aplicação flexível que permite um ajuste aos problemas de comportamento da criança. Colabora nesse sentido a utilização de materiais concretos e estimulantes mesmo para as crianças altamente comprometidas. A possibilidade de adequação a crianças de níveis diversos fez com que os itens de linguagem fossem separados das outras áreas funcionais.

As escalas avaliadoras mostram como a criança está funcionando em relação a uma criança com o desenvolvimento típico, por meio da avaliação do desenvolvimento das áreas de:

- Imitação;
- Percepção;
- Interação olho-mão;
- Coordenação motora fina
- Coordenação motora grossa;
- Desempenho cognitivo;
- Cognitivo verbal.

Somado a isso existe uma escala de comportamento que indica a gravidade das dificuldades de comportamento da criança, além de fornecer informações do

grau de comportamento inadequado e disfuncional da criança; indicando as áreas específicas nas quais esses comportamentos são manifestados.

Da mesma forma, ele avalia o desenvolvimento nas áreas de:

- Relacionamento e afeto;
- Brincar e interesse por materiais;
- Respostas sensoriais;
- Linguagem.

O resultado obtido nas sete áreas de desenvolvimento nos dá informações relativas às habilidades e dificuldades da criança e, a partir deste é possível elaborar um programa pedagógico individualizado, visando as reais necessidades da criança.

### **3.2 - TEACCH**

O TEACCH - *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren* (Tratamento e Educação para Crianças com Autismo e com distúrbios correlatos da Comunicação) foi desenvolvido nos anos 60 no estado da Carolina do Norte, Estados Unidos, tendo como iniciadores Schopler.

O TEACCH é um programa completo para se trabalhar com pessoas autistas, podendo ser utilizado combinado com outros métodos dependendo da necessidade de cada pessoa.

Segundo Mello (2007) este programa tem como objetivo desenvolver na criança autista habilidades sociais, independência e o ensino em geral dentro de um programa especificamente elaborado para a criança. Este programa individualizado é estruturado a partir de uma avaliação PER-R (Perfil Psicoeducacional Revisado), tendo em conta tanto os pontos fortes como fracos da criança.

A técnica se baseia na criação de um ambiente físico organizado para a criança através de rotinas expostas em quadros, agendas ou murais.

A criança após reconhecer onde ficam as atividades relacionadas a ela (pelo nome ou algo, como figura ou posição na sala, que a faça discriminar que aquilo se refere a ela), pode ver através de desenhos ou anotações a atividade que deve realizar e, em seguida, colocá-las em prática. Isto torna o ambiente mais fácil de ser compreendido pela criança, assim como o que se espera que ela faça.

## Programação da Rotina

A programação da rotina é desenvolvida de acordo com a idade de desenvolvimento e cronológica do sujeito. Assim como para uma criança pequena o período de atenção é mais curto e a necessidade de movimento é maior, para uma criança na idade escolar conseguir ficar atenta em atividades por períodos de uma hora pode ser um objetivo facilmente alcançado. As atividades deverão ser as mais variadas possíveis quanto maior for a capacidade de o sujeito se adaptar e se integrar.

Recomenda-se que a programação da rotina seja apresentada seguindo a ordem de cima para baixo ou da esquerda para a direita, tal como convencionalmente seguimos uma agenda, uma receita ou fazemos uma lista de compras.

Existem diferentes modos de apresentação da rotina, como por exemplo:

- sequência de objetos concretos (prato ou garfo para o lanche)
- cartões com fotos ou desenhos das atividades por períodos (das 8h00 às 10h00 e das 10h00 às 12h00)
- cartões com fotos ou símbolos de toda a rotina
- indicação de toda a rotina por escrito (agenda)

## **Sistema de Trabalho**

Os sistemas de trabalho constituem uma estratégia importante para estimular o desenvolvimento de uma prontidão na realização de tarefas, isto é, a capacidade para realizar atividades com autonomia e com encadeamento nas etapas de início, meio e fim.

Para Tomasello, quando um sujeito consegue separar os meios e o fim de uma ação é que começa a se desenvolver a intencionalidade. Portanto, com os sistemas de trabalho se objetiva estimular a realizar de tarefas com entendimento e com intenção.

Os sistemas de trabalho são individuais e podem ser propostos em um dos dois modos abaixo explicitados:

1. Esquerda / Direita com cesto do acabou: As atividades a serem realizadas são dispostas de forma organizada no lado esquerdo da mesa ou em uma prateleira ao lado esquerdo do sujeito. Essas tarefas devem ser realizadas uma a uma e, à medida que vão ficando prontas, devem ser colocadas no lado direito da mesa ou no cesto do “acabou”, localizando também do lado direito. Esse sistema segue a convenção ocidental da leitura e da escrita, que também se desenvolvem da esquerda para a direita.

2. Emparelhamento de cores/ símbolos / palavras: As tarefas são dispostas em estantes separadas em recipientes diferenciados (p. ex., caixas ou cestos). Cada um é identificado por um símbolo (números, letras, formas geométricas, etc.) que tem um par correspondente na mesa de trabalho do sujeito, apresentado por meio de uma dupla de rótulos idênticos colocados na frente do recipiente. Por exemplo: cartão 1 na mesa de trabalho correspondente na estante ao cesto 1, que contém um trabalho de encaixe

Em ambos os sistemas de trabalho, as perguntas abaixo têm que ser feitas. Isso porque cada uma das respostas vai tornando possível para o sujeito com TEA construir seu entendimento a respeito do que está sendo proposto.

### **Apoio Visual**

Algumas vezes, a criança com TEA começa a falar utilizando um vocabulário com pouca informação. Muitas começam a falar nomeando objetos ou figuras específicas. A linguagem pode ser desenvolvida em vários níveis, desde notória pobreza de vocabulário até profundo conhecimento lexical sobre um tópico preciso, como por exemplo, animais, mas sem a capacidade de articulação de tal conhecimento de modo funcional.

Em outras vezes, a solicitação de objetos ou de ações é feita pela condução da mão do adulto. Desse modo, a criança com TEA pode ser muito silenciosa e, ocasionalmente, produzir palavras e frases pobres no significado e na intenção de comunicar.

Além disso, vários estudos têm demonstrando o comportamento dessa população na área da cognição seja no desenvolvimento de uma comunicação pouco eficaz, no reconhecimento de conotações das palavras, na compreensão de tarefas que investigam a Teoria da Mente, na realização de inferências e no uso de verbos mentais espontaneamente, dentre outros possíveis comprometimentos. Esses dados convergem para um comprometimento peculiar nas habilidades de representação.

Desse modo, a informação visual representa papel essencial pela sua natureza perceptual e concreta. Os dados apresentados visualmente não requerem uma capacidade simbólica mais complexa. A partir de objetos, inicialmente, e fotos ou imagens, subsequentemente, podemos auxiliar na compreensão e na expressão de enunciados, de instruções e de solicitações do cotidiano. Por exemplo, podemos enfatizar os pontos importantes de uma tarefa (preparar um sanduíche) a partir de recipientes com os materiais ou com os rótulos dos produtos a serem utilizados. De fato, as instruções visuais podem ser apresentadas das mais variadas e mais criativas maneiras, usando desde cores, fotos, desenhos, pictogramas, palavra escrita, até dicionário ilustrado, dentre outras possibilidades.

## **Mesa de aprendizado**

Todo novo conhecimento é introduzido individualmente pelo professor, na mesa de aprendizado. Esta mesa tem também a função de ensinar a criança a fazer uma atividade repetida por um número maior de vezes. Por exemplo, uma criança aprende uma atividade de classificar cores. Inicialmente ela vai trabalhar com 2 cores e uma peça de cada cor. Se for importante que a criança aprenda a trabalhar por períodos mais longos, ela passa pela mesa por mais vezes, e assim dando continuidade no aprendizado, e aumentando as peças sucessivamente.

## **Mesa de trabalho de independente**

Nessa mesa, a criança exercita a capacidade de trabalhar e organizar-se independentemente. O conceito de independência é muito importante e está estreitamente ligado ao de comunicação, muitas vezes tem-se a impressão de que a criança não é capaz de trabalhar sem a proximidade de um adulto, mas o que ocorre é que na realidade a criança não consegue entender o que se espera dela, como se inicia a atividade, o que fazer, quando terminou e o que fazer depois de terminada a atividade.

### **3.3 - PLANEJAMENTO EDUCACIONAL**

#### **PEI – Plano Educacional Individualizado**

Elaborado através de uma avaliação das habilidades já adquiridas e entrevista com os Pais para estabelecer novos aprendizados que desenvolvam:

- maior autonomia e independência em atividades de vida diária e de vida prática
- habilidades cognitivas e acadêmicas
- maior interação no aspecto social como: imitação e aprender a esperar
- comunicação verbal e não verbal

### **3.4 - ABA – Análise Aplicada do Comportamento**

#### **O objeto de estudo da Análise do comportamento**

O Behaviorismo Radical, tal como pressuposto por Skinner, marcou a Psicologia a partir de meados da década de 1930. Os conceitos e as metodologias de estudo postulados por Skinner são pesquisados e discutidos até os dias de hoje, e dentre eles estão o condicionamento operante, a filosofia do sujeito único, a taxa de resposta como variável dependente, a frequência acumulada de respostas, e etc.

Skinner propôs que o estudo do comportamento se transformasse numa Psicologia científica, com controle e experimentação de variáveis, constituindo a Análise Experimental do Comportamento. A nova abordagem experimental desenvolvida por Skinner para se estudar o comportamento, foi apresentada no livro O comportamento dos organismos, publicado em 1938. Skinner BF. et al (2000) apud Schwartzman JS. (2011) apresentou o comportamento como seu objeto de estudo, entendendo – o como produto da história da espécie (filogenética), da história individual (ontogenética) e da história cultural. Salientou ainda, que, para entendermos sobre o comportamento humano, devemos olhar o papel exercido pelo ambiente (que teve sua primeira grande contribuição na evolução e seleção das espécies) na história de cada indivíduo.

A fim de fazer uma análise do comportamento científica, Skinner definiu o comportamento (unidade de análise) como a relação entre eventos antecedentes, consequentes e as próprias ações dos indivíduos (no linguajar técnico, ações devem ser denominadas de respostas). O comportamento, assim definido, foi denominado de comportamento operante; operante no sentido de que a resposta do indivíduo opera no ambiente e este, por sua vez, retroage sobre as mesmas respostas. No comportamento operante. A ênfase é dada às consequências ambientais do comportamento, que podem alterar a probabilidade futura de sua ocorrência.

Agora falando da ABA no processo educacional, é um tratamento comportamental analítico do autismo. Visa ensinar à criança habilidades que ela não possui, através da introdução destas por etapas em geral, em esquema individual.

Inicialmente apresentando-as associada a uma indicação ou instrução, quando necessário é oferecido algum apoio, por exemplo, apoio físico, que deverá ser apresentado tão logo possível, para não tornar a criança dependente dele e a cada resposta adequada a criança tem como consequência algo agradável para ela, uma recompensa.

As respostas problemáticas ou birras, não são reforçadas. Em vez disso, os dados e fatos registrados são analisados em profundidade, com o objetivo de detectar quais são os eventos que funcionam como reforço para os comportamentos negativos, desencadeando-os.

O ponto é tornar o aprendizado agradável e ensinar a criança a identificar os diferentes estímulos. A criança é levada a trabalhar de forma positiva, para que não ocorram os comportamentos indesejados.

Explicando os métodos de ensino da análise do Comportamento:

### **Instrução Programada**

- 1) Planejar para que o aprender seja mantido por consequências que reforçam esse comportamento positivamente. Reforçar positivamente um comportamento significa consequenciar o comportamento de modo que se

aumente a probabilidade de o mesmo ocorrer no futuro, por agregar um valor ao comportamento em questão. O efeito de reforçar positivamente o aprender se contrapõe às contingências de ensino comumente observadas nas escolas regulares: o ensino por fuga – esquiva. Nesse caso, as consequências que o aprender produz são reforços (uma vez que o comportamento de aprender continua ocorrendo), mas, neste caso, reforços negativos. Negativos no sentido de que o aluno se comporta para eliminar uma condição aversiva; o aluno faz para não levar bronca, para não tirar notas baixas, para se livrar de uma determinada tarefa.

2) Apenas reforçando o aprender positivamente, poderemos tornar a aprendizagem o próprio benefício para si (reforçamento natural), mesmo que no início e durante a intermediação do processo de ensinar / aprender o reforçamento seja arbitrário (elogios, pontos, notas, etc.).

3) Disponibilizar ao aluno feedback imediato, de modo que a consequenciação (reforço positivo) disponibilizada ao aluno ocorra imediatamente após a emissão do comportamento do aluno ( p. ex., disponibilizar um feedback ao aluno em relação ao seu desempenho, logo após ter terminado um problema de álgebra). Este princípio básico da Instrução Programada serve como suporte para manter o interesse do aluno reforçando contingentemente seu desempenho.

Segundo Keller F. et al (1983) apud Schwartzman JS. (2011), durante o aprendizado por meio da Instrução Programada, “o aluno passa pelo programa na sua própria velocidade, respondendo abertamente a cada item, com confirmação ou correção imediata de tudo o que faz”.

4) Comparar cada aluno com ele mesmo. A filosofia do sujeito único, provinda da Análise Experimental do Comportamento, permitiu que uma nova metodologia de estudo científico para o comportamento (entendido como estímulos antecedentes, resposta e estímulos consequentes) fosse construída. Segundo essa metodologia, a taxa de respostas (ou qualquer outra dimensão da resposta como intensidade, duração, variabilidade) passou a ser estudada como variável dependente, e os estímulos antecedentes e consequentes passaram a ser estudados como variáveis independentes (aquelas manipulados pelo experimentador). Assim sendo, o sujeito é usado como seu próprio controle; as mudanças comportamentais que ocorrem (depois da manipulação de variáveis) devem ser comparadas com os padrões comportamentais previamente observados para aquele sujeito. A filosofia do sujeito único se contrapõe ao modelo de estudo das ciências naturais que compara grupos de sujeitos entre si. No âmbito escolar, ao analisar o comportamento do aluno, o seu desempenho deve ser comparado sempre com ele mesmo. O comportamento do aluno deve ser observado e analisado levando-se em conta a sua história de aprendizagem específica e individual nas contingências de aprendizagem planejadas pela instituição de ensino. Assim, o parâmetro do desempenho do aluno não deve ser comparado com o grupo, mas com ele mesmo.

5) Orientar e auxiliar o aluno a compor suas respostas passando por todos os passos (pré-requisitos) necessários para compor um comportamento complexo. Antes de avançar, ele precisa ser apresentado para aquele ponto até compreender tudo sobre ele (exigência de domínio pleno de pré – requisitos): Sidman M. et al (1995) apud Schwartzman JS. (2011) “Qualquer coisa a ser aprendida tem seus pré-requisitos, todas as outras coisas que o aluno tem que saber primeiro. Um programa de ensino efetivo garantirá que antes de ter que aprender algo, o aluno já terá aprendido tudo o mais que ele tem que saber”.

6) Apresentar os conteúdos em uma ordem de complexidade crescente, preocupando-se em manter o comportamento adquirido a cada estágio novo: Sidman M. et al (1995) apud Schwartzman JS. (2011) “É papel do professor arranjar o material em uma sequência de passos relacionados, cada passo sucessivo utilizando o que já foi aprendido. Resulta daí que os alunos que realmente têm os pré-requisitos para cada passo caminharão sem quaisquer erros”.

7) Expor o aluno ao material para o qual ele está preparado. Logo, o material deve ser adequado para a aprendizagem daquele aluno em particular: para tanto, todo o material utilizado para ensinar, de forma geral, deveria sofrer uma adaptação tanto quanto necessária para aumentar as chances de compreensão do aluno em cada pré-requisito e/ou conteúdo a ser abordado. Utilizações de procedimentos como hierarquia de dicas e fragmentação de tarefas podem surtir efeitos positivos na aprendizagem.

8) Além de planejar o ensino, é importante monitorar o desempenho do aluno constantemente, de modo a avaliar se os procedimentos escolhidos estão auxiliando o aluno a progredir ou se o professor deve planejar outra forma de ensinar e avaliar.

9) Programar uma aprendizagem sem erros. Todos os oito passos acima levariam ao planejamento do ensino que minimizaria o erro. É preciso reforçar positivamente apenas o acerto; logo, quanto mais acertos são produzidos, mais condições são criadas para que o comportamento do aluno aumente em frequência e intensidade, ou seja, aumento do valor reforçador do estudar.

Sidman M. et al (1995) apud Schwartzman JS. (2011) “Aprendizagem sem erros é uma área de pesquisa grande e ativa e ainda há muito por ser descoberto sobre suas possibilidades e limitações. Sua relevância aqui é seu potencial para remover os últimos vestígios de coerção do processo educacional.”

A Instrução Programada, tal como especificada nos nove tópicos acima, é método altamente beneficiado com a conjugação a uma tecnologia especial; portanto, Skinner BF. et al (1968) apud Schwartzman JS. (2011) idealizou que essa metodologia fosse aplicada aos alunos, em momentos pré-programados

compatíveis com as dinâmicas tanto individuais quanto de grupo, em “máquinas de ensinar”.

Esses equipamentos hoje são representados pelos computadores, que têm sido utilizados em escala crescente em vários países. Essa tecnologia aliada a um corpo docente preparado para esse uso e para os debates / questionamentos e aprendizagem em grupo (tanto em ambiente planejado como no ambiente natural) tem as seguintes vantagens:

1. É possível ter um acompanhamento mais fidedigno da aprendizagem do aluno (registro mais eficaz enquanto o aluno está trabalhando neste ambiente de tecnologia, já que o computador pode registrar as respostas imediatamente e com pequenas margens de erros).

2. O feedback pode ser programado para ser liberado contingente a comportamentos – alvo de cada aluno, individualmente; assim, em muitos momentos importantes de aquisição de repertórios com conteúdos específicos, o aluno não precisa esperar para receber seu feedback junto com a classe inteira, formada por indivíduos com ritmos e necessidades diferentes. Skinner BF. et al (1968) apud Schwartzman JS. (2011) “Mesmo em uma classe pequena, o professor geralmente sabe que está tudo indo muito devagar para alguns alunos e muito depressa para outros. Aqueles que poderiam ir mais depressa sofrem, e aqueles deveriam ir mais devagar são mal ensinados e desnecessariamente castigados pelas críticas e insucessos”.

3. Juntamente com outros recursos/materiais didáticos (como livros, filmes, revistas etc), o computador agrega interatividade.

4. Não abre mão do(a) professor(a): Skinner BF. et al (1968) apud Schwartzman JS. (2011) “A professora tem uma tarefa mais importante do que a de dizer certo ou errado... Os recursos só virão melhorar estas relações insubstituíveis. Se os progressos conseguidos recentemente no controle do comportamento podem dar à criança uma genuína competência na leitura, na escrita, na ortografia e na aritmética, então a professora pode começar a funcionar, não no lugar de uma máquina barata, mas através dos contatos intelectuais, culturais e emocionais daquele tipo todo especial que testemunha a sua natureza de ser humano”.

Até este ponto, foi discutida teoricamente a visão da educação na perspectiva skinneriana, em nível tanto ontogenética quanto cultural. Cabe, então, apresentar ao leitor como o analista do comportamento intervém nas contingências educacionais, de modo a possibilitar o ensino de habilidades educacionais para indivíduos com Autismo e, em última análise, possibilitar a Inclusão Social.

## **Entendendo as dificuldades do Autismo**

É relevante destacar uma dificuldade, intrínseca ao diagnóstico do autismo, que interfere diretamente nas contingências de ensino que serão explicitadas.

Uma vez que comportamento operante é mantido por variáveis ambientais (estímulos antecedentes e consequentes), é preciso olhar para essa unidade de análise no trabalho com a população do diagnóstico de Autismo. Dentro do escopo teórico que orienta este trabalho, considera-se que as consequências ou estímulos reforçadores do comportamento podem ser de três tipos, conforme descrito por Skinner BF, et al (2000) apud Schwartzman JS. (2011):

**Reforçadores Primários:** Funcionam para toda a espécie, garantindo a sua sobrevivência (por exemplo, itens comestíveis, de forma geral);

**Reforçadores Condicionados:** Estímulos do ambiente adquirem função reforçadora quando pareados como os reforçadores primários, ou seja, são todos aqueles estímulos ambientais como objetos (por exemplo, mamadeira, brinquedos, decoração do ambiente físico), estímulos sonoros (voz dos familiares, propriedades sonoras da língua materna, música etc), estimulações sensoriais (carinhos, movimentos com o próprio corpo, posição do corpo) que aparecem junto com os reforços primários; a figura materna (podendo ser representada por outra pessoa

que não a própria mãe exatamente, tanto em função complementar como substitutiva) que em todo o movimento realizada todos os cuidados com o bebê, desde os primeiros momentos de vida, adquire um forte valor condicionado por estar pareada com todos os cuidados que garantem a sobrevivência.

Reforçadores Generalizados: São estímulos que, por sua vez, foram pareados com muitos outros reforçadores secundários; pode-se dizer que a atenção social e o afeto são dois potenciais reforçadores para a espécie humana.

Assim, os reforçadores condicionados e os generalizados são, com frequência, produtos de contingências naturais: poder-se dizer que, desde o nosso nascimento, somos expostos a uma história de ampliação de reforçadores (num linguajar comum, poderíamos dizer que somos expostos a uma história de ampliação de interesses e motivação) tão particular e tão importante para o nosso desenvolvimento, em nossa sociedade.

Em se tratando de crianças autistas, poderíamos dizer que elas têm uma tendência a não ser tão sensíveis a essa história de pareamento ou de ampliação de reforçadores em suas vidas.

Em outras palavras, por mais que elogios, carinhos, brinquedos apareçam junto com os reforçadores primários na história das crianças autistas, muitos estímulos do ambiente não se tornam estímulos reforçadores para elas.

Tal insensibilidade acarreta, necessariamente, padrões comportamentais restritos. Para reverter essa dificuldade tão importante, deve ser planejada uma intervenção comportamental com crianças autistas (dentro dos limites e possibilidades individuais de cada criança, obviamente).

### **3.5 - PEC'S**

O PEC'S - Picture Exchange Communication System (Sistema de comunicação por troca de figuras). É um sistema de comunicação alternativo e expressivo. Desenvolvido para ajudar crianças e adultos com autismo e com outros distúrbios de desenvolvimento a adquirir habilidades de comunicação.

Ao observar a comunicação tendo em vista a multiplicidade encontrada no espectro do autismo, destacamos algumas especificidades bastante encontradas, como o mutismo, ecolalia, abstenção, inversões pronominais e respostas sim/não.

Visa ajudar a criança a perceber que através da comunicação ela pode conseguir muito rapidamente as coisas que deseja ou necessita e assim diminuir drasticamente problemas de conduta.

A comunicação deve ser realizada de maneira funcional e direcionada de forma compreensível ao parceiro de comunicação, utilizando-se de referências com fotos, materiais concretos ou figuras, mas para que haja essa comunicação, é preciso treinar (ensinar) a criança, é importante que no início do treinamento, a pessoa com autismo receba apoio físico (hierarquia de dicas) para que o aprendizado ocorra sem erros.

## **TRATAMENTOS COMPLEMENTARES**

Existem outras formas complementares de tratamento como os psicoterapêuticos, fonoaudiológicos, equoterapia, musicoterapia e outros que podem ser utilizados de forma contínua e permanente para melhores resultados em todas as áreas.

## **MEDICAÇÃO**

Toda medicação deve ser ministrada apenas se prescrita por um médico, e é importante que a família se informe com o médico sobre o que se espera da medicação adotada, qual o prazo para poder perceber os efeitos da medicação, seus riscos e benefícios.

## **CAPÍTULO 4 - RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Neste capítulo abordarei a minha experiência em sala de aula como professora, mostrando os resultados obtidos através dos métodos utilizados na instituição em que trabalho. Para demonstrar a eficácia do trabalho baseado nos métodos citados acima, vou falar sobre o desenvolvimento de um dos meus alunos, nome e idade fictícia, Rafael de 8 anos.

Rafael, 8 anos, chegou na instituição, apresentando muitos problemas de comportamento, como: chorar, fazer birra, fugir da sala, beliscar, morder, empurrar, e etc.

Para dar início ao trabalho com ele, a supervisora, o psicólogo e eu, sentamos com o PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado) para ver o que ele sabia e em que ele tinha dificuldade para termos um ponto inicial.

Partindo das abordagens educacionais, levantamos um programa pedagógico individualizado a ser trabalhado com o Rafael. O PEP-R do mesmo apresentou uma defasagem nas sete áreas de desenvolvimento e na escala de comportamento apresentou problemas sérios.

Como dissemos, fizemos o casamento entre o TEACCH e a ABA para trabalharmos com o Rafael, há três pré-requisitos para que a criança consiga aprender novas habilidades, sejam elas de origem educacional, comportamental ou social.

Começamos primeiramente descobrindo os reforçadores para o Rafael e após ter feito uma avaliação de reforçadores, começamos os programas com o mesmo, para conseguirmos alcançar os objetivos traçados.

Demos início pelo programa social de esperar, no qual ele deveria ficar sentado, quietinho e esperando a princípio por 0,5 segundos (meio segundo); esse programa social de esperar abriu as portas para novos programas educacionais e sociais.

Depois de Rafael ficar sentado, quietinho e esperando por mais de 1 minuto, conseguimos eliminar os problemas de comportamento dele, lembrando que deve

ser aumentado gradativamente o tempo de esperar, se for preciso usar fichas para ele visualizar o quanto deve esperar.

Então começamos com outros programas, como os de discriminação simples (apontar figuras e objetos, o qual o professor fala o nome do objeto/figura e o aluno deve apontar), e depois discriminação condicional de identidade (emparelhamento de objetos, figuras, palavras, números).

Trabalhando junto com o PEC'S, ele aprendeu a pedir coisas das quais gosta, ou que está desejando naquele momento através de troca de figuras.

Importante lembrar que o PEC'S é uma forma de comunicação alternativa, com os treinos de PEC'S, mandos (pedidos) ele aprendeu a falar e pedir muitas coisas; e a partir disso começamos a trabalhar com ele Tato (nomear figuras, cores, números, formas geométricas, animais, objetos e etc).

Hoje ele é uma criança “bem comportada”, sabe esperar, pede o que quer, aprendeu muitas coisas novas entre habilidades sociais e educacionais, aprendeu a falar muitas coisas.

Com isso podemos ver como os métodos TEACCH, ABA e PEC'S são eficazes no tratamento para pessoas com autismo, sabendo unir os três, e trabalhando com força de vontade, dedicação, obteremos resultados inacreditáveis.

## CAPÍTULO 5 - TRABALHANDO A INCLUSÃO

“ Certamente, tudo isto tem muito a ver com a construção de ambientes educacionais desejáveis, já que estamos preocupados em resgatar e cultivar a alegria da escola, em construir ambientes que realmente possam contribuir para o desenvolvimento de experiências ótimas de aprendizagem, para vivenciar o processo criativo, onde as crianças possam se sentir mais felizes e emocionalmente mais saudáveis.”

*Maria Cândida Moraes*

Para Cunha, (2011) não há como pensar em inclusão escolar, sem pensar em um ambiente inclusivo, não somente em relação a recursos pedagógicos, mas também em qualidades humanas.

E como conseguir essa verdadeira inclusão? A primeira coisa é retirar os rótulos, e depois agir com um ensino de qualidade, independente das dificuldades e barreiras, o que é preciso é ter força de vontade.

Para trabalhar a inclusão não é necessário nos atermos apenas em uma escola regular, mas fazer com que nossos alunos tenham um ensino de qualidade, (independentemente do local onde nos encontremos), procurando trabalhar individualmente suas particularidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa nos mostrou a trajetória do Autismo na história, quais as suas características, as diversas avaliações e o diagnóstico preciso do mesmo.

Levantando os sinais e sintomas do autismo, fica mais fácil um possível diagnóstico e um tratamento específico.

Abordamos os métodos usados na instituição em que trabalho, mostrando sua eficácia no desenvolvimento cognitivo, comportamental e social das pessoas com Autismo, não que tenhamos uma receita pronta, pois cada aluno é diferente do outro, cada um com sua particularidade.

Ter um olhar humano, tendo amor naquilo que faz, é possível alcançar muitos objetivos, quebrando as barreiras que existem ou aparecem quando se fala em inclusão.

Trabalhar com pessoas com autismo, nos ensina mais que qualquer teoria, e foi isso exatamente o que essa pesquisa mostrou, que os estudos, as pesquisas, métodos nos servem de base para trabalharmos e que obtemos resultados significantes, mas de nada seriam esses métodos se não tivéssemos os nossos professores/educadores.

## BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV TR. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.  
<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94> – visitado em 18/10/2012

BOSA, C.;CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. Psicol.. Reflex Crit. Porto Alegre; 2000.

CUNHA, Eugênio. Autismo e inclusão: psicopedagogia práticas educativas na escola e na família. 3ª Ed. Rio de Janeiro; 2011.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. In: Donnelan AM (ed). Classic readings in autism. New York: Teachers College Press; 1985

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 1943;

MELLO, Ana Maria S. Ros de. Autismo: Guia Prático. 6ª ed. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE; 2007

SCHWARTZMAN, JS. Autismo Infantil. São Paulo: Memnon; 2011

TEACCH – [www.teacch.com](http://www.teacch.com) – visitado em 28/10/2012