

AUTISMO E INCLUSÃO ESCOLAR

¹Márcia de Mesquita Cardoso Alves

²Denia de Oliveira Lisboa

³Denise de Oliveira Lisboa

RESUMO

O termo autismo foi usado inicialmente para caracterizar vivências ricas em pensamentos e emoções das representações e sentimentos pessoais, com perda da relação com os dados e exigências do mundo circundante. O psiquiatra norte-americano Leo Kanner usou o termo autismo infantil em 1943, quando descreveu em sua publicação intitulada Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo, estudando um grupo de onze casos clínicos de crianças. Apresentavam extremo isolamento, ausência de habilidade para relação com outras pessoas e situações, falha no uso da linguagem e desejo obsessivo ansioso para a manutenção da mesmice. Nesta perspectiva este artigo tem como objetivo refletir sobre o autismo e sobre a necessidade de incluir crianças autistas na escola de modelo inclusivo.

Palavras-chave: Autismo. Inclusão Escolar. Educação Especial

RESUMEN

El autismo de término fue utilizado inicialmente para caracterizar ricas experiencias en pensamientos y emociones de representaciones y sentimientos personales, con la pérdida de datos y la relación con los requisitos de mundo circundante. Psiquiatra estadounidense Leo Kanner utiliza el término niño autista en 1943, cuando describió en su publicación titulada póngase en contacto con Autísticos de trastornos afectivos, estudiando un grupo de once casos clínicos de los niños. Había aislamiento extremo, la falta de capacidad para enlazar con otras personas y situaciones, falla en el uso del lenguaje y obsesivo deseo muchas ganas para mantenimiento de la uniformidad. En vista de este artículo se pretende reflexionar sobre autismo y la inclusión de los niños de la escuela inclusiva.

Palabras clave: autismo. Inclusión de la escuela. Educación especial.

¹ Autora, Licenciatura em Letras Português/Inglês pela UNIT (Universidade Tiradentes). Especialista em Libras Língua Brasileira de Sinais pela Faculdade São Luiz de França/SE. Cursando Especialização em Psicopedagogia pela Faculdade São Luiz de França/SE. denia.lisboa@hotmail.com (Eixo Temático do artigo: Educação Especial)

² Co autora, Pedagoga pela UVA (Universidade Estadual do Vale do Acaraú/CE). Especialista em Libras Língua Brasileira de Sinais pela Faculdade São Luiz de França/SE. Cursando, em fase de conclusão, Especialização em Educação Especial e Psicopedagogia Clínico institucional pela Universidade São Luiz de França/SE. E-mail: marcialibras@yahoo.com.br

³ Co autora, Licenciatura em Química pela UFS (Universidade Federal de Sergipe). Cursando Especialização em Psicopedagogia pela Faculdade São Luiz de França/SE. E-mail: maildols1408@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Autismo é um transtorno que causa atraso no desenvolvimento da criança, e compromete principalmente sua comunicação, socialização, iniciativa, imaginação e criatividade. A maioria dessas crianças nasce aparentemente sem nenhuma disfunção, algumas se comportam e choram na maternidade como todos os bebês, mas, já nos primeiros meses de vida, às vezes, até os cinco anos, começam a surgir os sintomas configurando uma situação dolorosa para os pais: são estranhos comportamentos de crianças que não falam, são incapazes de olhar as pessoas e isolam-se cada vez mais num mundo misterioso e impenetrável.

Geralmente, o autismo é diagnosticado por médico neuropediatra, por psicólogo ou por psiquiatra especializado em autismo (os critérios de diagnósticos utilizados são avaliações completas com base na DSM.IV ou, no Brasil, o CID, porém ao receber um paciente ainda sem diagnóstico no consultório psicopedagógico, o profissional precisa ter conhecimento suficiente para reconhecer o transtorno e fazer a intervenção e o encaminhamento correto.

A síndrome do autismo pode ser encontrada em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica e social. Não se conseguiu até agora provar nenhuma causa psicológica, ou no meio ambiente destas pessoas que possa causar o transtorno. Os sintomas, causados por disfunções físicas do cérebro, podem ser verificados pela anamnese ou presentes no exame ou entrevista com o indivíduo, estas características são: Distúrbios no ritmo de habilidades físicas, sociais e lingüísticas; Reações anormais às sensações, alterações na visão, audição, tato, dor, equilíbrio, olfato, gustação e maneira de manter o corpo; Fala ou linguagem ausente ou atrasada e certas áreas específicas do pensar, presentes ou não.

Nos casos mais graves, devido à desinformação dos adultos, pais e profissionais da Medicina e da Educação, a criança autista fica condenada a viver em um mundo que não consegue compreender. Nesses casos, podem crescer frustradas e responder ao mundo com gritos e com agressões; muitas vezes, se auto-agridem e machucam-se para descarregar sua frustração em não ser compreendido, por isso é melhor identificar o mais cedo possível que a criança é autista. O papel do professor na pré-escola é fundamental. É a partir desse diagnóstico que é preciso planejar uma estratégia educacional que minimize as dificuldades da criança de forma que ela possa se integrar e desenvolver de acordo com as possibilidades.

DESENVOLVIMENTO

BREVE HISTÓRICO

Inicialmente, o termo *autismo* foi implantado por Bleurer⁴ (1960) ligado à sintomatologia abrangente que ele havia estabelecido para unificar, através da esquizofrenia, o campo das psicoses. Nesse contexto, o autismo era chamado de *dissociação psíquica* se referindo ao predomínio da emoção sobre a percepção da realidade.

Em 1943, Leo Kanner define os *distúrbios do contacto afetivo* como um autismo extremo, tendo como características a obsessividade, as estereotípias e a ecolalia. Neste momento, o autismo é relacionado a fenômenos esquizofrênicos, apresentando como sinal um alheamento extremo já no início da vida (antes dos três anos de idade), uma vez que não há respostas aos estímulos externos, vivendo *fora do mundo* e mantendo relação *inteligente* com os objetos, porém sem apresentar alteração em seu isolamento⁵.

Após algumas reflexões, este mesmo autor, em 1949, define o *autismo infantil precoce*, caracterizando-o por dificuldade profunda no contato com as pessoas, um desejo obsessivo de preservar as coisas e as situações, uma ligação especial aos objetos e a presença de uma fisionomia inteligente, além das alterações de linguagem que se estendem do mutismo a uma linguagem sem função comunicacional, revelando inversão pronominal, neologismos e metáforas. O autismo infantil precoce ainda está intimamente relacionado à esquizofrenia infantil, podendo ser uma manifestação prematura desta patologia⁶.

Em 1969, novos critérios diagnósticos são formulados por Clancy, Dougall e Rendle-Short⁷, bastante semelhantes aos critérios descritos anteriormente. Ajuriaguerra⁸ (1973), logo depois enquadra o autismo infantil dentro das psicoses infantis, caracterizadas como sendo transtorno da personalidade dependente de uma desordem da

⁴ BLEURER, E. **Demencia Precoz, el grupo de las esquizofrenias**. Trad. Daniel Wagner. Buenos Aires: Ediciones Hormé, p. 42.

⁵ KANNER, Leo. **Autistic disturbances of affective contact**. Revista, Nervous Children, 1943.

⁶ ALL, López. **Reflexões sobre a contribuição da psicanálise no entendimento do autismo infantil**. Monografia para conclusão da formação psicanalítica. Rio de Janeiro: Círculo Brasileiro de Psicanálise - Seção Rio de Janeiro, p. 10.

⁷ **Dicionário de Neurociências PsicoWeb**. Disponível no Url: <http://www.psiqweb.med.br/gloss/>.

⁸ AJURIAGUERRA J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Barcelona: Masson do Brasil, p. 25.

organização do *eu* e da relação da criança com o mundo circundante, definida por conduta inapropriada frente à realidade, com retraimento ou fragmentação do campo da realidade; restrição no campo de utilização dos objetos; catexias cognitivas, afetivas e de atividade insuficientes ou parcialmente exageradas.

Em 1976, Ritvo fala em um problema de desenvolvimento colocando as crianças autistas como possuidoras de déficits cognitivos. A detecção dos déficits é feita a partir do momento em que ocorrem os primeiros sinais observáveis e por suas características comportamentais, representadas por distúrbios de percepção; distúrbios de desenvolvimento, principalmente nas seqüências motora, de linguagem e social; distúrbio de relacionamento social caracterizado por pobreza no contato através do olhar, ausência de sorriso social, ausência de movimento antecipatório, aparente aversão ao físico, tendência a relacionar-se com partes da pessoa, desinteresse em jogos, ansiedade estranha e exagerada; distúrbios da fala e da linguagem que se estendem desde um mutismo até a ecolalia e a inversão pronominal e distúrbios da motilidade⁹.

Gilberg, em 1990, considera o autismo uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas, com distúrbio no curso do desenvolvimento e caracterizado por um déficit na interação social, visualizado pela inabilidade em relacionar-se com o outro, usualmente combinado com déficits de linguagem e alteração de comportamento. Atualmente, a definição utilizada está nas classificações internacionais, CID.10 e DSM.IV, que enquadram o autismo na categoria *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*¹⁰, caracterizados por anormalidades qualitativas na interação social recíproca e nos padrões de comunicação e por repertório de interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas.

AUTISMO E SUAS CAUSAS

Segundo a Associação de Amigos do Autista (AMA), o autismo é um transtorno de desenvolvimento e não pode ser definido como uma forma de retardo mental, embora muitos quadros de autismo apresentem funcionamento intelectual abaixo da média. A

⁹ LÓPEZ, All. **Reflexões sobre a contribuição da psicanálise no entendimento do autismo infantil**. Monografia para conclusão da formação psicanalítica. Rio de Janeiro: Círculo Brasileiro de Psicanálise - Seção Rio de Janeiro, p. 11.

¹⁰ CID 10. **Transtornos da identidade de gênero**. Disponível no Url: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/sexual5.html#identidade>.

palavra autismo atualmente pode ser associada a diversas síndromes. Os sintomas variam amplamente, por isso, atualmente o autismo é considerado um transtorno.

Basicamente, segundo Henriques¹¹ (2007), quatro fatores indicam a presença do autismo infantil: problemas de relacionamento social, dificuldade de comunicação, atividades e interesses restritos e repetitivos e início precoce. Entretanto, o *transtorno autista* necessita de maiores explicações científicas. Alguns autores tentaram estabelecer uma relação da frieza emocional das mães e dos pais com o desenvolvimento autista, porém tem sido evidente que, embora a dinâmica emocional familiar seja muito importante no desenvolvimento do transtorno, esse elemento não é suficiente para justificar o seu aparecimento.

Termos como *psicose* e *esquizofrenia da infância* foram usados no passado para fazer referência a indivíduos nessas condições, mas, segundo Ballone¹² (2002), evidências consideráveis sugerem que os *transtornos invasivos do desenvolvimento* são distintos da *esquizofrenia*, embora ocasionalmente o indivíduo autista possa vir a desenvolver também a esquizofrenia.

O autismo não causa outras doenças, mas outras doenças podem favorecer seu desencadeamento. Os fatores externos que causam o autismo são as doenças infecciosas da gravidez, como a rubéola, a sífilis e a toxoplasmose; as doenças infecciosas do cérebro, como a meningite; as lesões traumáticas; o uso de drogas pelos pais; além de doenças genéticas que cursam com retardo mental. As estatísticas sobre a doença têm a prevalência de 1/150 a 250 da população. A incidência é de quatro a cinco homens para cada mulher, mas quando a doença se dá no sexo feminino é mais grave. O psiquiatra explica que em toda psiquiatria infantil as doenças acometem mais os meninos e, como regra geral, quando as meninas são acometidas, são por quadros mais graves. Essa proporção seria mais um indicativo das questões genéticas.

O autismo infantil é definido como *transtorno global do desenvolvimento* pela CID.10¹³ e como *transtorno autista* pela DSM.IV, classificações nosológicas internacionais. Caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado

¹¹HENRIQUES S. **Autismo.** Disponível no Url: <http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Autismo>.

¹² BALLONE GJ. **Autismo Infantil.** *PsiquWeb, Psiquiatria Geral*, 2002. Disponível no Url: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/autismo.html>.

¹³ CID 10. **Transtornos da identidade de gênero.** Disponível no Url: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/sexual5.html#identidade>.

antes da idade de três anos, apresentando perturbações características do funcionamento: interações sociais, comunicação e comportamento focalizado e repetitivo.

CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS DO TRANSTORNO AUTISTA

A (CFTMEA considera separadamente o *transtorno psicótico da criança e do adolescente*, ao contrário das classificações internacionais de doenças, CID.10 e DSM.IV, que não têm uma categoria específica para esses períodos de desenvolvimento. A classificação francesa considera que os sintomas psicóticos que aparecem na infância e na adolescência comportam características específicas e diferentes dos mesmos quadros em adultos, justificando uma consideração e uma classificação em separado.

Para que a palavra autismo não perca sua precisão médica, especialistas do mundo todo concordam em utilizar alguns critérios de diagnóstico internacionalmente reconhecido. O mais recente esquema de diagnóstico é descrito no DSM-IV-TR; igualmente válida é a recomendação para diagnóstico do CID-10. Essas classificações passam a denominar o autismo infantil com o nome de *Transtorno Autista*.

Caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos seguintes domínios: interações sociais, comunicação e comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas como, por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra, de agressividade ou auto-agressividade.

Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de três anos, e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois 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 destes domínios.

Segundo a DSM.IV¹⁴, as características essenciais do *transtorno autista* são a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou prejudicado na interação

¹⁴ DSM.IV. **Transtornos da identidade de gênero**. Disponível no Url: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/sexual5.html#identidade>.

social e comunicação e um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo. Ainda aponta três critérios de classificação principais, onde o sujeito deve apresentar um total de seis (ou mais) itens dos três subcritérios do primeiro critério principal.

CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO AUTISTA

Segundo Henriques¹⁵ (2007), a criança autista tem dificuldade em se relacionar com outros indivíduos, mantém-se distante, evita o contato visual, demonstra falta de interesse pelas pessoas e não procura conforto quando se machuca. Em 50% dos casos, o interesse social se desenvolve com o tempo, mas a reatividade, a reciprocidade e a capacidade de empatia permanecem prejudicadas.

O autista tem dificuldade em ajustar seu comportamento ao contexto social e não consegue reconhecer ou responder adequadamente às emoções dos demais. É comum, porém, que a criança tenha proximidade com os pais, desenvolvendo inclusive a afeição, mas é mais propensa a abraçar do que a aceitar ser abraçada. As interações sociais com os pares são restritas.

O autismo pode ser caracterizado por¹⁶:

- De percepção como, por exemplo, dificuldades para entender o que ouve;
- De desenvolvimento, principalmente nas esferas motoras, da linguagem e social;
- De relacionamento social, expresso principalmente através do olhar, da ausência do sorriso social, do movimento antecipatório e do contato físico;
- De fala e de linguagem que variam do mutismo total à inversão pronominal (utilização do você para referir-se a si próprio), repetição involuntária de palavras ou frases que ouviu (ecolalia);
- Movimento caracterizado por maneirismos e movimentos estereotipados.

¹⁵ HENRIQUES S. **Autismo**. Disponível no Url:
<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Autismo>

¹⁶ ASSUMPCÃO JR. FB, Pimentel ACM. **Autismo infantil**. Rev. Brasileira de Psiquiatria. São Paulo: p. 32.

Hoje, o tratamento do autismo não se prende a uma única terapêutica, conforme Assumpção Jr¹⁷ (2007). O uso de medicamentos, que antes desempenhava um papel de fundamental importância no tratamento, devido à crença da relação do autismo com os quadros psicóticos do adulto, passa a ter a função de apenas aliviar os sintomas para que outras abordagens como a reabilitação e a educação especial possam ser adotadas e tenham resultados eficazes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial inclui outros distúrbios invasivos do desenvolvimento como o Transtorno de Asperger, a Síndrome de Rett, transtornos desintegrativos e os quadros não especificados. O diagnóstico diferencial é uma das grandes dificuldades encontradas nas avaliações, segundo Assumpção Jr¹⁸ (2000).

Os transtornos desintegrativos são observados antes dos 24 meses com predomínio no sexo masculino, padrões de sociabilidade e comunicação pobres, frequência de síndrome convulsiva associada e prognóstico pobre. Os transtornos abrangentes não-especificados têm idade de início variável, predomínio no sexo masculino, comprometimento variável na área da sociabilidade, bom padrão comunicacional e pequeno comprometimento cognitivo¹⁹. Inicialmente, deve-se ter em mente que as grandes dificuldades do autista são a simbolização e a relação com o mundo a sua volta, sendo necessário que o terapeuta aproxime-se dele, penetrando em seu campo consciencial, para poder trazê-lo para fora.

Para ilustrar, relata-se a experiência com uma paciente, 11 anos, portadora de um tipo de deficiência mental leve por rubéola congênita, com grande dependência materna, que a inscreveu no lugar de deficiente, ao qual ela se adaptou; sem diagnóstico inicial de autismo, se comportava e agia como tal: em seu mundo interior e silencioso ela se fechava e apenas olhava para fora quando estimulada e logo se recolhia. Parecia que nada do que se fizesse a atingia.

¹⁷ ASSUMPÇÃO JR. FB. **Autismo Infantil**. Disponível no Url: http://www.emedix.com.br/doe/psi001_1f_autismo.php 2007.

¹⁸ ASSUMPÇÃO JR. FB, Pimentel ACM. **Autismo infantil**. Rev. Brasileira de Psiquiatria. São Paulo: p.35.

¹⁹ Ibidem; ASSUMPÇÃO, p. 27.

Ao se observar que ela sempre escolhia uma caixa com bonecas e brincava aparentemente sem nenhuma criatividade, pois apenas as manipulava, passou-se a interferir nessa brincadeira particular, colocando no contexto uma boneca estranha ou nova que sempre fazia alguma coisa (a terapeuta verbalizava as ações) naquele universo imaginário sem, no entanto, chamá-la para a brincadeira, deixando-a livre para escolher. Notou-se que eventualmente ela parava e ficava observando as ações da terapeuta, o que se repetia cada vez mais freqüentemente, até que em dado momento ela quis entrar na brincadeira com sua boneca e construiu-se uma história.

Mais tarde (esse avanço ocorreu em mais ou menos três meses de terapia), ela aceitou que se desenhasse seu corpo numa grande folha de papel (deitou sobre o papel enquanto a terapeuta a contornava com uma caneta), o qual foi pendurado numa parede e em todas as sessões ela fazia algum acréscimo como desenhar um colar, uma pulseira, etc. Mais adiante também colocou seu nome e nomeou as partes do corpo. A partir daí também começou a aceitar as atividades psicomotoras, as quais eram sempre realizadas em parceria com a terapeuta e, às vezes, com a mãe.

A partir dessa experiência, os estudos de Fonseca²⁰ (1983) reforçam que a criança autista apresenta uma desintegração de sua imagem corporal, uma motricidade alterada, um prejuízo da sensibilidade que implica a disfunção da substância reticulada, ocasionando hipo ou hiperatividade, dificuldades de espaço, tempo e simbolização, daí a necessidade dos exercícios psicomotores para a formação e/ou melhora da consciência corporal e conseqüente alívio dos sintomas.

Em conjunto com este olhar psicopedagógico global do sujeito, modelos educacionais para o autista podem ser adotados e/ou adaptados, conforme as características particulares de cada paciente; o mais importante atualmente é o método TEACCH, desenvolvido pela Universidade da Carolina do Norte e que tem como postulados básicos e filosofia:

- a) propiciar o desenvolvimento adequado e compatível com as potencialidades e a faixa etária do paciente;
- b) funcionalidade (aquisição de habilidades que tenham função prática);

²⁰ FONSECA, V. **Educação especial: programa de estimulação precoce-uma introdução às idéias de Feuerstein**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; p. 21.

c) independência (desenvolvimento de capacidades que permitam maior autonomia possível);

d) integração de prioridades entre família e programa, ou seja, os objetivos a serem alcançados devem ser únicos e as estratégias adotadas devem ser uniformes²¹.

AUTISMO E INCLUSÃO ESCOLAR

Para ajudar os autistas, é fundamental que a família e amigos os tratem normalmente, tentando entendê-los em sua forma de ser e assim tentar ajudá-los, propiciando tratamento em todas as áreas que precisem. O tratamento é basicamente feito de reabilitação: psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, escola, fisioterapia, musicoterapia e etc. *"Muitas pessoas relutam em levar a criança ao psiquiatra com medo de associação à loucura. Só com informações maciças essa idéia errônea pode ser modificada"*, opina Camargos²².

Os autistas possuem todas as variações possíveis de inteligência, mas nem todos estão aptos à inclusão escolar, que depende de uma série de condições da escola, de seus profissionais e da capacidade da criança. Alguns são muito inteligentes e se dão bem pedagogicamente em escolas regulares, apesar de não conseguirem se socializar, pois não entendem o mundo humano e social. Outros necessitam de outras escolas, e aqueles cuja inteligência é mais comprometida têm mais possibilidades em escolas especiais.

A manifestação dos comportamentos estereotipados por parte das pessoas portadoras de autismo é um dos aspectos que assume maior relevo no âmbito social, representando um entrave significativo para o estabelecimento de relações entre as mesmas e seu ambiente. Torna-se provável, portanto, que a exibição dos mesmos traga implicações qualitativas nas trocas interpessoais que ocorrerão na escola porque, como lembra Omote (1996), *"as diferenças, especialmente as incomuns, inesperadas e bizarras, sempre atraíram a atenção das pessoas, despertando, por vezes, temor e desconfiança"*. É o

²¹ ASSUMPÇÃO, Jr. FB. Pimentel ACM. **Autismo infantil**. Rev. Brasileira de Psiquiatria, São Paulo: p. 51.

²² CAMARGOS, Oliveira. Rio de Janeiro. **Autismo**. Revista Paradoxo, p. 28.

estranho que se torna assustador porque desestabiliza os nossos saberes²³. Ao tocar no aspecto das práticas inclusivas, é necessário comentar a importância que a formação do professor que atuará nas classes inclusivas tem no sucesso da inclusão.

Até recentemente, somente os professores que possuíam um interesse pela Educação Especial é que se dirigiam para a formação específica e depois, obviamente, faziam escolhas profissionais ou não que envolviam a Educação Especial. Infelizmente, a demanda da inclusão chega às escolas antes da preparação do professor e a solução tem sido a capacitação do profissional em serviço, através dos programas de formação continuada.

Os principais documentos que subsidiam a formulação de políticas públicas de Educação Especial, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Declaração de Salamanca (1994), a Declaração de Guatemala (1991) e a Lei n. 9394 de Diretrizes e Bases da Educação (1996), enfatizam a igualdade e o direito à educação para todo cidadão. No entanto, quando se trata do indivíduo portador de autismo, é importante analisar alguns aspectos relevantes para o entendimento das suas necessidades educacionais.

Embora os valores expressos por tais documentos sejam louváveis, pesquisas mostram que há muito pouca evidência de sucesso nessa proposta para suportar esta definição de inclusão total para alunos com autismo. As mesmas pesquisas apontam que alunos autistas não conseguem obter sucesso quando as condições não são adaptadas as suas características. Há denúncias graves que relatam que a experiência da inclusão sem as devidas adaptações, paradoxalmente, pode ser a mais excludente das práticas. Alunos autistas não aprendem sem um devido suporte. Eles possuem uma forma própria e se optar-se por uma educação inclusiva, ela precisará antes de tudo respeitar esta identidade da criança e a flexibilidade deverá ser crucial para o sucesso dos programas²⁴.

O que é deficiência para uma sociedade, pode não ser para outra²⁵. Não se quer afirmar com isso que o autismo ‘não existe’, que não é uma deficiência, mas é necessário relativizar as classificações e confrontá-las com a sua audiência, pois é a sociedade que

²³ OMOTE, S. **Deficiência e Não-Deficiência: Recortes do Mesmo Tecido**, in Revista Brasileira de Educação Especial. SP, p. 19.

²⁴ BURACK, Jacob. A. Root, Rhoda e Zigler, Edward. **Inclusive Education for Students with Autism: Reviewing Ideological, Empirical and Community Considerations**, p. 21.

²⁵ CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, p. 3.

determina a situação de vantagem ou desvantagem do indivíduo. Para Lobo²⁶ (1997) o crescimento da rede pública do ensino regular, ainda que tenha sido insuficiente para absorver toda a população infantil, apenas acelerou o processo de seleção das crianças, pois o objetivo não foi incluir os inadaptados em outros espaços, mas a exclusão definitiva dos mesmos do espaço escolar.

Cutler²⁷ (2000) destaca que é possível encontrar diferenças de posicionamentos entre escolas particulares e públicas sobre a inclusão dos autistas. Ele apresenta critérios para uma flexibilização das escolas e a operacionalização da inclusão dos autistas:

A escola deve conhecer as características da criança e prover as acomodações físicas e curriculares necessárias; treinar os profissionais continuamente e busca de novas informações; buscar consultores para avaliar precisamente as crianças; preparar programas para atender a diferentes perfis visto que os autistas podem possuir diferentes estilos e potencialidades; ter professores cientes que inclusive a avaliação da aprendizagem deve ser adaptada; educadores conscientes que para o autismo, conhecimento e habilidades possuem definições diferentes; analisar o ambiente e evitar situações que tenham impacto sobre os alunos, alterar o ambiente se for possível; a escola deverá prover todo o suporte físico e acadêmico para garantir a aprendizagem dos alunos incluídos; atividade física regular é indispensável para o trabalho motor; a inclusão não pode ser feita sem a presença de um facilitador e a tutoria deve ser individual; um tutor por aluno; a inclusão não elimina os apoios terapêuticos; necessidade de desenvolver um programa de educação paralelo à inclusão e nas classes inclusivas o aluno deve participar das atividades que ele tenha chance de sucesso, especialmente das atividades socializadoras; a escola deverá demonstrar sensibilidade às necessidades do indivíduo e habilidade para planejar com a família o que deve ser feito ou continuado em casa²⁸.

Esses critérios apresentados têm sido úteis nas escolas inglesas que estão investindo na inclusão de crianças autistas. Entretanto, para haver inclusão é necessário que haja aprendizagem, e isso traz a necessidade de rever os nossos conceitos sobre currículo. Este não pode se resumir às experiências acadêmicas, mas se ampliar para todas as experiências que favoreçam o desenvolvimento dos alunos normais ou especiais. Sendo assim, as

²⁶ LOBO, L.F. **Os Infames da História: A Instituição das deficiências no Brasil**. Tese de doutorado. Depto de Psicologia- PUC-Rio, p. 43.

²⁷ CUTLER, B. Rocca J. **Today's Criteria Inclusion of student with autism/PPD in Natural Commuties**, p. 21.

²⁸ CUTLER, B. Rocca J. **Today's Criteria Inclusion of student with autism/PPD in Natural Commuties**, p. 22.

atividades de vida diária podem se constituir em currículo e em alguns casos, talvez sejam ‘os conteúdos’ que serão ensinados. A questão que podemos e devemos levantar é se a escola representa para a criança especial, um espaço significativo de aprendizagem, e sendo a resposta positiva, podemos então afirmar que desenvolvemos práticas inclusivas.

CONCLUSÃO

O autismo infantil corresponde a um quadro de extrema complexidade, exigindo que abordagens multidisciplinares sejam efetivadas, visando não somente a questão educacional e a socialização, mas principalmente a questão médica e a tentativa de estabelecer etiologias e quadros clínicos bem definidos, passíveis de prognósticos precisos e abordagens terapêuticas eficazes

Concomitantemente, o desenvolvimento de vias de pesquisa biológicas e cognitivas deve trazer futuras implicações não somente na questão diagnóstica, mas principalmente na questão terapêutica do transtorno. Somente a partir de uma visão embasada em modelos científicos claros é que se poderá contribuir para o estudo da questão; ao mesmo tempo, reflexões realísticas devem buscar o atendimento eficaz dessa população afetada.

O indivíduo autista pode ser tratado e desenvolver suas habilidades de uma forma muito mais intensiva do que outra pessoa que não tenha o diagnóstico e assemelhar-se muito a essa pessoa em alguns aspectos de seu comportamento, mas sempre existirá a dificuldade nas áreas caracteristicamente atingidas como comunicação e interação social.

Portanto, de acordo com o grau de comprometimento, a possibilidade de o autista desenvolver comunicação verbal, integração social, alfabetização e outras habilidades relacionadas, dependerá da intensidade e adequação do tratamento, mas é intrínseco à sua condição de autista que ele tenha maior dificuldade nestas áreas do que uma pessoa *normal*. No entanto, superar a barreira que isola o indivíduo autista do *mundo normal* não é um trabalho impossível. O indivíduo autista, apesar de manter suas dificuldades, dependendo do grau do comprometimento, pode aprender os padrões de comportamento aceitos pela cultura, exercitar sua cidadania, adquirir conhecimento e integrar-se de maneira bastante satisfatória à sociedade e neste sentido o papel da escola como espaço inclusivo é mais do que fundamental, é indispensável, dependendo do quadro clínico da criança autista.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. 2 ed. Barcelona: Masson do Brasil; 1973.

ASSUMPÇÃO JR. FB, Pimentel ACM. **Autismo infantil**. Rev. Brasileira de Psiquiatria, São Paulo: 2000.

ASSUMPÇÃO JR. FB. **Autismo Infantil**. Disponível no Url: http://www.emedix.com.br/doi/psi001_1f_autismo.php 2007.

BALLONE GJ. **Autismo Infantil**. **PsiquWeb, Psiquiatria Geral**, 2002. Disponível no Url: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/autismo.html>.

BLEURER E. **Demencia Precoz, el grupo de las esquizofrenias**. Trad. Daniel Wagner. Buenos Aires: Ediciones Hormé; 1960.

CID 10. **Transtornos da identidade de gênero**. Disponível no Url: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/sexual5.html#identidade>.

DSM.IV. **Transtornos da identidade de gênero**. Disponível no Url: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/sexual5.html#identidade>.

FONSECA V. Educação especial: **programa de estimulação precoce - uma introdução às idéias de Feuerstein**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1995.

GREEN AO. Discurso vivo - **uma teoria psicanalítica do afeto**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1982.

HENRIQUES S. **Autismo**. Disponível no Url: <http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Autismo>.

LÓPEZ, All. **Reflexões sobre a contribuição da psicanálise no entendimento do autismo infantil**. Monografia para conclusão da formação psicanalítica. Rio de Janeiro: Círculo Brasileiro de Psicanálise - Seção Rio de Janeiro; 2000.

CAMARGOS, Oliveira. Rio de Janeiro. **Autismo**. Revista Paradoxo, 2000.

KANNER, Leo. "**Autistic disturbances of affective contact**", na revista, *Nervous Children*, 1943.

BURACK, Jacob. A. Root, Rhoda e Zigler, Edward . **Inclusive Education for Students with Autism: Reviewing Ideological, Empirical and Community Considerations** (1997). Andbook of autism and pervasive developmental disorders. vol. 2, 3rd edition. . Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**, 1a ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.

CUTLER, B. Rocca. J. **Today's Criteria Inclusion of student with autism/PPD in Natural Commuties.** (2000).

FREUD, S.[1919]. **Psicologia de Grupo e Análise do Ego.** In **Edição Eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2002.

LOBO, L.F. **Os Infames da História: A Instituição das deficiências no Brasil.** Tese de doutorado. Depto de Psicologia- PUC-Rio, 1997.

OMOTE, S. **Deficiência e Não-Deficiência: Recortes do Mesmo Tecido,** in Revista Brasileira de Educação Especial. SP: in Revista,1996.