



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS I  
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA - DP  
CURSO DE LICENCIATURA EM PEDAGOGIA**

**ÉRIKA RODRIGUES ANDRADE DE SOUZA**

**O AUTISMO E A INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA: UM  
ESTUDO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE**

**2018**

**ÉRIKA RODRIGUES ANDRADE DE SOUZA**

**O AUTISMO E A INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA: UM  
ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Pedagogia da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do  
grau de Licenciada em Pedagogia.

**CAMPINA GRANDE**

**2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S719a Souza, Érika Rodrigues Andrade de.  
O autismo e a intervenção psicopedagógica [manuscrito] :  
um estudo de caso / Érika Rodrigues Andrade de Souza. -  
2018.  
38 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Pedagogia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Educação, 2018.  
"Orientação : Prof. Dr. Eduardo Gomes Onofre ,  
Coordenação do Curso de Pedagogia - CEDUC."  
1. Autismo. 2. Psicopedagogia. 3. Educação inclusiva. I.  
Título

21. ed. CDD 371.94

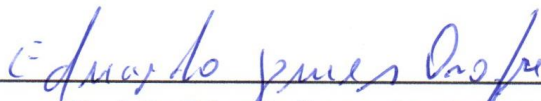
ERIKA RODRIGUES ANDRADE DE SOUZA

**O AUTISMO E A INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA: UM  
ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Pedagogia da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do  
grau de Licenciada em Pedagogia.

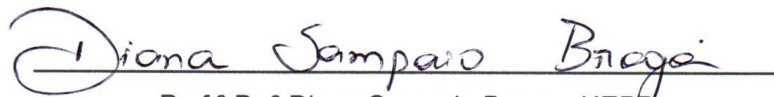
Aprovado em: 05/12/2018

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Eduardo Gomes Onofre - UEPB

Orientador



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Diana Sampaio Braga - UEPB

Examinadora



Prof.<sup>a</sup> Esp. Diele Marinho Oliveira Ramalho de Souza - UEPB

A Deus, por me sustentar e permitir que eu chegasse até aqui.

A minha mãe, pelos valores e princípios que me ensinou.

Ao meu esposo, amigo e companheiro pelo amor e apoio.

Ao professor Eduardo Onofre, que dedicou seu precioso tempo para me ajudar e  
orientar.

Dedico

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, expresso minhas palavras de agradecimentos a Deus, que me concedeu o dom da vida e me deu a oportunidade de acreditar no meu potencial e no meu sonho, encerro um ciclo, mas vou continuar em busca de novos projetos e sonhos, o mundo é para quem ousa e busca o que deseja, não podemos ficar aguardando as coisas acontecerem, temos que ir à luta e buscar vencer pela educação, pois foi através da educação que hoje eu tenho um futuro melhor, e é através da educação que eu continuarei buscando conhecimento para poder colaborar com quem não tem condições, e digo que sigo acreditando na educação, como a única ferramenta e caminho para alavancar o nosso país da instabilidade política, ética e moral em que se encontra; que possamos ter um futuro mas prospero de luz e paz para todos.

Agradeço a Deus por ingressar na universidade e concluir o curso acreditando que é possível lutarmos por um mundo melhor e inclusivo, que devemos sair da nossa zona de conforto e buscar traçar as nossas metas, trilhando o nosso caminho em busca de concretizar os nossos sonhos. Quero agradecer por toda a sabedoria e discernimento para concluir esse trabalho.

Agradeço de coração ao Prof. Eduardo Luís Onofre, orientador do trabalho de conclusão de curso, a ele eu dedico os mais sinceros agradecimentos, por ter me dado a orientação e direção no tema para estudar e apresentar. O professor Eduardo é um ser humano incrível de alma singular, que exala amor, amizade e parceria, profissional competente como poucos que conheço. Agradeço por compartilhar dos conhecimentos com tanta dedicação e carinho. Obrigada pelas experiências maravilhosas que compartilhamos juntos. Agradeço por ter acreditado que esse trabalho poderia ser realizado em meio a tantas turbulências e dificuldades, foram muitas idas e vindas, dúvidas e incertezas, mas aqui estou provando que tudo é possível e que para tudo há uma solução. Obrigada de coração por acreditar no meu potencial e comprar a minha ideia. Isso fez toda a diferença na minha vida, levarei seus ensinamentos em meus pensamentos e coração.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	06
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
2.1	O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): CARACTERIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E ABORDAGENS.....	09
2.1.1	O DSM-V E OS GRAUS/NÍVEIS DE AUTISMO.....	14
2.1.2	O PERFIL DO AUTISTA E O DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM.....	18
2.2	ATENDENDO À CRIANÇA AUTISTA: A PROPOSTA TERAPÊUTICA E EDUCACIONAL EM FOCO.....	19
2.2.1	CARACTERIZAÇÃO DE ABA .....	21
2.2.2	CARACTERIZAÇÃO DE TEACCH: .....	22
2.2.3	CARACTERIZAÇÃO DO PECS .....	23
3.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	25
4.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	26
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
	REFERÊNCIAS .....	37

## RESUMO

Diante da realidade do aumento constante do número de crianças diagnosticadas com autismo, é urgente que se discutam questões voltadas à intervenção psicopedagógica junto a essa população. O cenário atual da educação inclusiva no sistema regular de ensino do nosso país aponta para a importância da capacitação dos professores, técnicos e de toda a equipe que compõe o corpo da escola tendo em vista a importância da intervenção desses profissionais. Nesse sentido, procedemos a um estudo de caso cujo desenvolvimento ocorreu através da análise de um atendimento terapêutico de uma criança autista em ambiente doméstico e que tinha como intuito superar as dificuldades que essa criança apresentava nos aspectos cognitivos, sociais e linguísticos. Nesse sentido, o objetivo geral desse artigo foi realizar uma análise dos avanços obtidos pela criança em questão ao longo de oito sessões de atendimento, em um período de dois meses. Para abordar essa experiência, apresentamos uma breve discussão sobre o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), baseados em autores como Bandim (2010), Klin (2006), Mello (2003), Schwartzman e Araújo (2011), Facion (2007), entre outros, bem como refletimos sobre a importância da estimulação cognitiva na intervenção terapêutica multiprofissional nesses casos. A metodologia utilizada é de cunho etnográfico, com perfil de análise qualitativa a partir de uma observação participante. O acompanhamento do caso em questão ensejou uma análise que revelou avanços progressivos apresentados pela criança a cada encontro de intervenção psicopedagógica, além da diminuição dos comportamentos disruptivos, diminuição do quadro de inatividade, melhora no contato ocular, no brincar estruturado e compartilhado, melhora no seguimento de instrução e no limiar de espera e tolerância.

Palavras- chave: Autismo. Psicopedagogia. Intervenção.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, com o grande acesso às informações pelos variados canais de comunicação e mídias sociais existentes no mundo, já se ouve falar em "autismo" com maior frequência. Grande parte da população associa o indivíduo autista, como uma pessoa isolada, que tem movimentos repetitivos, que balança o corpo (movimento do cavalo), e fica conversando sozinho, pulando e correndo de um lado para o outro, esses indivíduos tem um funcionamento mental dentro do esperado, e apresentam um desenvolvimento normal, após os 12 meses ou mais e antes dos 3 anos de idade, as crianças começam a atrasar no desenvolvimento,



e apresentar traços bem significativos.

Esse atraso no desenvolvimento vem sendo discutido e justificado, segundo os pesquisadores e cientistas, devido à poda neural que essas crianças têm entre doze e trinta meses de vida, esse fator tem chamado a atenção da comunidade científica.

O diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista - TEA, vem acompanhado de muitas indagações, angustias e preocupações. Os pais e familiares se questionam após a confirmação do diagnóstico: “Existem graus de autismo? “Qual é o grau do meu filho?” “Ele é mesmo autista?”. “Como será o futuro do meu filho?”. “Como será a vida acadêmica no ambiente escolar?”. “E em sociedade como vai ser a inclusão?”. “Será que ele vai aprender a ler e escrever?”. “Vai ingressar na Faculdade?”. “Conseguirá se relacionar com alguém e ser inserido tanto em sociedade quanto no mercado de trabalho”. São vários questionamentos e dúvidas que pairam sobre os pensamentos dos pais.

O autismo não é detectado por exames, e sim por uma avaliação clínica feita pelo médico especialista em neuropediatria ou psiquiatria infantil, há algumas características que não são aceitáveis socialmente, quando os pais percebem que o comportamento do seu filho destoa das demais crianças, acende-se um sinal de alerta sobre o real estado do seu filho.

Quando a criança está tendo reações diferentes das demais crianças da sua idade, geralmente essas crianças já estão inseridas no ambiente de berçário, creche ou escola, onde os profissionais percebem que algo necessita de uma atenção, pois a criança não está respondendo à demanda ofertada em sala de aula, sendo assim, o ambiente educacional convida os pais e ou responsáveis para buscar orientação profissional especializada.

Diante dessa realidade e o do aumento constante do número de crianças diagnosticadas, o tema do presente trabalho - “O Autismo e a Intervenção Psicopedagógica” - é de suma importância para ser discutido no âmbito acadêmico, por esse ser o ambiente onde formam-se profissionais para atuar no

contexto educacional e na área de intervenção psicopedagógica, após a devida formação.

Nesse sentido, devemos levar em consideração o cenário atual da educação inclusiva no sistema regular de ensino do nosso país, em específico, nas escolas de nossa cidade, ressaltando a importância da capacitação dos professores, técnicos e a equipe que compõe o corpo da escola. Para atuar em sala de aula ou em sala de recursos, o professor e demais integrantes da equipe pedagógica necessita da devida capacitação e supervisão, além do acompanhante terapêutico no ambiente escolar, mediando a aprendizagem do indivíduo autista, sendo sugerido um Atendente Terapêutico (AT) para a criança autista, uma vez que ela tem direito de ser assistida na sua totalidade no ambiente escolar, direito esse resguardado na Lei 12.764, 27 de dezembro de 2012.

Atualmente, a recomendação que existe é a de que o Atendimento Educacional Especializado (AEE) deve ser feito no ambiente escolar numa sala de recursos, entretanto, esse serviço só é prestado, na sua grande maioria, pelas escolas da rede municipal e estadual de ensino no nosso país, as escolas da rede privada ainda não estão ofertando esse serviço, sendo que esses atendimentos devem acontecer no mínimo duas vezes por semana, com carga horária de 2 horas semanais, no horário oposto à aula ordinária.

Tanto no ambiente clínico como no domiciliar, as terapias de estimulação e reabilitação cognitiva devem acontecer de forma individualizada. Para a criança que está inserida no espectro do autismo será submetida ao Plano Educacional Individualizado (PTI), enfocando a parte das habilidades que estão em déficit. Ao iniciar o trabalho é feita uma sondagem psicopedagógica e uma avaliação baseada no protocolo Perfil Educacional Revisado (PEP-R) para se analisar a curva de aprendizagem da criança e as habilidades e funções executivas que necessitam ser trabalhadas de forma mais efetiva.

Após a anamnese com os pais e a avaliação inicial com a criança, é dado início ao processo terapêutico de estimulação cognitiva, sessão a sessão, e se reavalia a criança a cada seis meses ou um ano, para checar as habilidades que

foram adquiridas e as que estão emergindo e/ou as que não foram alcançadas, caso não percebamos avanços na criança, é sugestivo rever a dinâmica terapêutica utilizada, bem como levar em consideração as variáveis em que essa criança está inserida nos contextos familiar, escolar e terapêutico.

Nessa perspectiva, o presente artigo corresponde a um estudo de caso cujo desenvolvimento ocorreu através da análise de um atendimento de uma criança autista que teve como objetivo detectar qual a dificuldade que a criança autista apresentava nos aspectos cognitivos, social e linguísticos.

Assim, o objetivo geral deste artigo é relatar os avanços obtidos pela criança considerada durante as oito sessões de atendimento em um período de dois meses. Analisando essa experiência, apresentaremos uma breve discussão sobre o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), bem como refletiremos sobre a importância da estimulação cognitiva na intervenção terapêutica multiprofissional nesses casos.

Tal intervenção, cumpre ressaltarmos, tem como linha de base evidenciar os avanços apresentados pela criança a cada encontro, além da diminuição dos comportamentos disruptivos, diminuição do quadro de inatividade, melhora no contato ocular e no brincar estruturado e compartilhado, seguimento de instrução, melhoria do limiar de espera e tolerância, manejo de comportamento, apropriação de metodologias e técnicas utilizadas para trabalhar as habilidades necessárias para o avanço da criança no aspecto psicopedagógico, social, afetivo e linguístico.

Sendo assim, o trabalho que ora introduzimos está dividido em: fundamentação teórica, metodologia e apresentação e discussão dos dados. Por fim, apresentamos nossas considerações finais sobre o tema elucidado.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O Transtorno do Espectro Autista (TEA): caracterização, diagnóstico e abordagens**

Segundo Schwartzman e Araújo (2011), o transtorno do espectro do autismo TEA, se manifesta antes dos 3 anos de idade e se prolonga por toda a vida. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 70 milhões de pessoas no mundo são acometidas pelo transtorno, sendo que, em crianças, é mais comum que o Câncer, a Aids e o Diabetes. Caracteriza-se por um conjunto de sintomas que afeta as áreas da socialização, comunicação e comportamento e, dentre elas, a mais comprometida é a interação social. No entanto, isso não significa dizer, em absoluto, que a pessoa com autismo não consiga e nem possa desempenhar seu papel social de forma bastante satisfatória em sociedade.

Para Bandim (2010), o autismo é um transtorno do desenvolvimento e compromete três áreas: a socialização, comunicação e imaginação. As características se manifestam durante a primeira infância, independente do gênero, raça ou condição socioeconômica.

A incidência do autismo é alta em todas as regiões do mundo, a prevalência é maior em meninos do que em meninas, segundo dados da União das Nações Unidas (ONU), a cada cinco meninos com TEA, um é do sexo feminino.

Diante de tantas pesquisas e estudos ainda não é possível definir a causa única responsável pelo quadro clínico da criança com TEA, caracterizando-o, assim, como multifatorial. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Censo de 2010), registra-se que, a cada 88 nascidos, um é autista, e essa proporção tem diminuído consideravelmente visto que esse ano as pesquisas norte americanas apontam para 1 a cada 59 crianças está no espectro, e estimasse que até 2020 esse número deve cair para 52.

Assim, é alarmante o número de indivíduos diagnosticados diariamente em todo o país, sendo necessário discutir as políticas públicas já existentes e as leis que atingem essa população e sua execução. A prática clínica revela que a falta de informação sobre o transtorno tem forte impacto nos indivíduos, em suas famílias e na comunidade.

Além disso, as crianças autistas que têm baixo poder aquisitivo não conseguem ter um tratamento de qualidade, ficando à margem, passando a

regredir no espectro, sem perspectiva de vida, tampouco os familiares sabem o que será do futuro deles. Já a classe média alta que pode pagar um plano de saúde e tem o poder aquisitivo favorável para arcar com as despesas do tratamento, pode assistir seus filhos e os mesmos tem uma melhor perspectiva de qualidade de vida plena, autonomia e independência, além da garantia de concluir os estudos e até ingressar no mercado de trabalho.

O tratamento do autismo envolve intervenções psicoeducacionais, além da orientação familiar, desenvolvimento da linguagem e/ou comunicação através de terapia de Fonoaudiologia. É recomendado pelos especialistas e preconizado pela Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil (ABNPI) e Profissões afins que a intervenção terapêutica e reabilitativa deve ser feita por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, deve-se avaliar e desenvolver um programa de intervenção educacional, o Plano Educacional Individualizado(PEI), e o clínico, que é o Plano de Trabalho Individualizado(PTI) para atender às necessidades individuais de cada indivíduo.

Segundo a Associação Norte Americana de Psiquiatria (APA), os profissionais indispensáveis para dar início às intervenções terapêuticas são: Neurologista, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Pedagogo, Psicopedagogo, Fisioterapeutas, Ecoterapia, Educador Físico e Mediador escolar.

O Transtorno do Espectro Autista é principalmente caracterizado por suas interações sociais únicas, formas padronizadas de aprendizagem, forte interesse em assuntos específicos, inclinação a rotinas, dificuldades em formas típicas de comunicação e maneiras particulares de processar a informação sensorial.

O TEA é uma condição geral para um grupo de desordens complexas do desenvolvimento do cérebro, após o nascimento, esses distúrbios se caracterizam pela dificuldade na comunicação social e comportamentos repetitivos. Embora todas as pessoas com TEA partilhem essas dificuldades, o seu estado irá afetá-las com intensidades diferentes. Segundo Bandim (2010), essas diferenças podem existir desde o nascimento e serem óbvias para todos que convive com a criança,

por volta dos dois ou três anos de idade, ou podem ser mais sutis e tornarem-se mais visíveis ao longo do desenvolvimento, assim que a criança passa a frequentar um ambiente educacional, os profissionais percebem as dificuldades no desenvolvimento, das habilidades necessárias para aquela faixa etária.

Associado ao diagnóstico de autismo, 70% das crianças apresentam comorbidades, ou seja, além do TEA, as crianças tem outras patologias ou síndromes associadas, tais como, distúrbios do sono e distúrbios gastrointestinais, e podem apresentar outras condições como síndrome de déficit de atenção e hiperatividade, dislexia, dispraxia ou apraxia da fala. Na adolescência, podem desenvolver ansiedade e depressão.

Os médicos especialistas pedem um *checklist* de exames para descartar outras patologias, também é indicado que os pais e/ou responsáveis façam um mapeamento genético para descartar hipótese e ser, mas assertivo no processo de intervenção terapêutica. Algumas pessoas com TEA podem ter dificuldades de aprendizagem em diversos estágios da vida acadêmica, desde estudar na escola, ingressar na faculdade, no mercado de trabalho, e até aprender as AVDS atividades da vida diária, como, por exemplo, tomar banho ou preparar a própria refeição. Algumas poderão levar uma vida relativamente “normal”, enquanto outras poderão precisar de apoio especializado ao longo de toda a vida, pois o autismo é uma condição permanente, a criança nasce com autismo e torna-se um adulto com autismo. Assim como qualquer ser humano, cada pessoa com autismo é única e todas podem aprender.

As pessoas com autismo podem ter alguma forma de sensibilidade sensorial, como foi citado acima. Isto pode ocorrer em um ou em mais dos cinco sentidos – visão, audição, olfato, tato e paladar – que podem ser mais ou menos intensificados. Por exemplo, uma pessoa com autismo pode achar determinados sons de fundo, que outras pessoas ignorariam, insuportavelmente barulhentos. Isto pode causar ansiedade ou mesmo dor física. Alguns indivíduos que são sub sensíveis podem não sentir dor ou temperaturas extremas. Algumas podem balançar rodar ou agitar as mãos para criar sensação, ou para ajudar com o

balanço e postura, para lidar com o stress ou ainda, para demonstrar extrema alegria e euforia.

Com sensibilidade sensorial, os autistas podem ter mais dificuldade no conhecimento adequado de seu próprio corpo. Consciência corporal é a forma como o corpo se comunica consigo mesmo ou com o meio. Um bom desenvolvimento do esquema corporal pressupõe uma boa evolução da motricidade, das percepções espaciais e temporais, e da afetividade.

É comum que algumas pessoas consigam concentrar-se na sua área de interesse específico durante muito tempo e podem optar por estudar ou trabalhar em áreas afins, essas áreas de interesse restrito são chamadas de hiperfoco, onde o indivíduo domina tudo sobre aquilo que ele se propõe a pesquisar e estudar pelo resto da vida, o interesse pela rotina, todos os dias, e fazer as mesmas coisas, pode ser um fator favorável na execução de um trabalho, os indivíduos com autismo são funcionários leais e de confiança, eles não tem meio termo, pelo contrário, são muito intensos, porque apresentam limitação na área das habilidades sócio-emocionais, são muito objetivos e tem dificuldade na flexibilização mental, sendo assim, tendem a ser pontuais, metódicos e sistemático.

Segundo Bandim (2010) o autismo infantil foi inicialmente descrito por um médico psiquiatra e pesquisador chamado Leo Kanner, em 1943; na ocasião Kanner intitulou o autismo com o nome de “Distúrbios Autístico do Contato Afetivo”. Kanner descreveu 11 casos nos quais observou determinados comportamentos próprio, caracterizados por: isolamento (autismo extremo), rotinas repetitivas e elaboradas, repetição de frases e palavras (ecolalia), inversão pronominal, maneirismos motores estereotipados e incapacidade de relacionar-se de forma usuais com as pessoas, desde o início da vida. No ano seguinte, um pesquisador austríaco Hans Asperger, com interesse especial na área de educação, descreveu 4 crianças, as quais tinham dificuldade de integração social dentro de grupos (KLIN, 2006).

Bandim (2010) relata que desde a descrição inicial elaborada por Kanner, o

autismo infantil, nas três décadas subsequentes continuou a ser classificado como um tipo de psicose precoce. Durante os anos 50 e 60 do século passado, houve muitas controvérsias em relação à origem do autismo e sua natureza; uma crença comum na época era que o transtorno autista era causado por pais emocionalmente pouco responsivos a seus filhos (essa hipótese foi chamada de “mãe geladeira”), totalmente abandonada nos dias atuais por falta de evidências que comprovassem tão extravagante teoria.

Já na década de 60, o psicólogo Ivar Lovaas e seus métodos analítico comportamentais começaram a ganhar espaço no tratamento da síndrome. Seus resultados apresentavam-se de maneira mais efetiva do que as tradicionais terapias psicodinâmicas.

Já naquela época as psicologias comportamentais sofriam forte preconceito por parte dos psicólogos de outras abordagens. Durante as décadas de 60 e 70 os psicólogos comportamentais eram consultados quase que apenas depois que todas as outras possibilidades haviam se esgotado e o comportamento do autista tornava-se insuportável para os pais e muito danoso para a criança.

O autismo infantil é conhecido, numa linguagem mais técnica, como Transtorno do Espectro Autista - TEA, é considerado uma síndrome. A palavra *syndrome* caracterizando um conjunto de sintomas. Para Bandim (2010) desde os relatos de Kanner até os dias atuais, o transtorno autista é definido pela presença de três grupos-chave de comprometimento em áreas específicas do desenvolvimento. Tais alterações caracterizam atrasos ou desvios na “interação social recíproca, comunicação verbal e não verbal e um repertório muito restrito de atividades e interesses, atraso ou funcionamento anormal em jogos simbólicos ou imaginação, sendo esses aspectos identificados antes dos 3 anos” (APA, 2000).

### **2.1.1 O DSM-V e os graus/níveis de Autismo**

No diagnóstico do autismo, utiliza-se o DSM-V, que se trata de um Manual Diagnóstico e Estatístico, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria



com a finalidade de se definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais. O DSM-V funciona como um guia de classificação diagnóstica do Autismo e de todos os distúrbios mentais

Com o surgimento desse manual, a primeira mudança se refere à nomenclatura, ou seja, o Autismo, até antes da idealização do DSM-IV fazia parte de um grande grupo chamado “Transtornos Globais do Desenvolvimento”, dos quais faziam parte os subgrupos i) Transtorno Autista, ii) Transtorno Desintegrativo da Infância, iii) Transtorno generalizado do desenvolvimento não-especificado (PDD-NOS), e iv) Síndrome de Asperger, que fundiram-se em um único diagnóstico chamado Transtornos do Espectro Autista – TEA. Este manual está em sua quinta edição e é usado por médicos com objetivo de fornecer critérios precisos na elaboração diagnóstica no campo da saúde mental.

De acordo com a nova revisão, no DSM-V, a classificação “Transtornos Globais do Desenvolvimento” foi substituída pelo novo termo “Transtorno do Espectro Autista”. O objetivo foi acabar com as inúmeras subdivisões existentes, e incluí-las dentro de um único grupo. Sendo assim, fica mais viável para os médicos especialistas fecharem o diagnóstico.

Na prática clínica, muitos profissionais não se baseavam nas diferenças entre os vários subtipos, mas sim utilizavam os graus de severidade do transtorno como principal critério. Agora, segundo o DSM-V, o TEA pode ser classificado em: Grau de acometimentos, que vai do grau leve, que se enquadra no nível I, grau moderado, que é o nível II, e o grau severo, que é o nível III.

Quanto aos critérios em que se baseiam esses níveis de gravidade e acometimento o que é levado em consideração é a quantidade de apoio necessário para contemplar as necessidades de cada indivíduo, considerando as dificuldades na comunicação, nos interesses restritos e comportamentos repetitivos. Assim, como foi citado acima, existem graus de acometimentos e, quando o diagnóstico é confirmado como Transtorno do Espectro Autista, a criança pode se enquadrar no Nível I, II ou III.

No nível I, não existe muita necessidade de apoio substancial, pelo contrário, é dado pouco apoio na comunicação social, pois as crianças apresentam dificuldades em iniciar interações com outras pessoas, sejam adultos ou crianças, ocasionalmente oferecem respostas inconsistentes nas tentativas de interação por parte do outro, aparentemente demonstram não ter interesse em se relacionar com outras pessoas, tendo alguns comportamentos disfuncionais.

Esse padrão repetitivo e restrito ocasiona uma inflexibilidade comportamental na criança e uma rigidez no comportamento, gerando assim dificuldade em um ou mais ambientes, pois a criança passa a generalizar o mesmo comportamento em qualquer ambiente social.

A criança que fica por muito tempo em uma única atividade tem hiperfoco e apresenta resistência quando necessita mudar para outra atividade, brincadeiras ou jogos, nestes casos, existem as alterações na organização e no planejamento, pois podem atrapalhar o trabalho pela busca da independência e da autonomia do indivíduo, é sugerido que terapeutas e familiares possam usar alguns procedimentos com ênfase na Análise Aplicada do Comportamento.

No nível II, o indivíduo tem a necessidade de apoio substancial na comunicação social, pois a criança apresenta um déficit notável nas habilidades de comunicação. Percebe-se o acentuado prejuízo social devido à pouca tentativa de iniciar uma interação social com outras pessoas. Quando o outro inicia o diálogo, as respostas, geralmente, mostram-se reduzidas ou atípicas, nesse caso, é necessário seguir a hierarquia de dica, e dar um modelo de como a criança deve se expressar.

É comum neste nível II, os comportamentos repetitivos e restritos apresentarem inflexibilidade comportamental, além da resistência na mudança da rotina, pois os pais, terapeutas ou cuidadores, evitam essas mudanças sem a previsibilidade, porque a criança tem dificuldade em lidar com as mudanças de rotina de forma brusca, o que gera na criança uma desorganização comportamental e sensorial, levando a crises nervosas e acessos de raiva, que

poderiam ser evitadas com procedimentos de rotina visual, chaveiro comportamental e histórias sociais, entre outros procedimentos comportamentais.

O indivíduo com autismo tem uma demanda sensorial significativa, sendo necessário fazer a terapia de integração sensorial que é a habilidade em organizar, interpretar sensações e responder apropriadamente ao ambiente, auxiliando nas atividades do dia a dia. Segundo Kanner e Asperger, as crianças com esse nível de autismo apresentam reações fora do comum com relação aos sons, toque, cheiros, estímulos visuais e paladar. Alguns estímulos aparentemente comuns são percebidos como algo estressante, causador de medo e ansiedade, enquanto outros, como fontes de prazer e satisfação.

Crianças autistas com problemas sensoriais apresentam dificuldade em interpretar e organizar as informações sensoriais vindas do seu próprio corpo ou do ambiente. Para evitar que ocorra a crise nervosa ou acesso de raiva, essas crianças necessitam de organização e previsibilidade, pois a criança naquele dia de terapia, terá o seu rendimento prejudicado, devido ao tênue limiar de frustração, sendo assim, tem dificuldade em lidar com o novo e com o desconhecido.

O indivíduo autista desorganiza-se com facilidade e tem dificuldade de mudar de atividade ou de rotina sem uma previsão, seja visual ou gestual, necessita da mediação e de recursos terapêuticos que gere a previsibilidade, dando um norte no que será proposto para o dia, pois eles são rotineiros, para que aconteça a organização do pensamento, a rotina precisa estar encadeada na agenda visual, essa conduta gera uma acomodação para o autista, pois lhe traz segurança e previsibilidade.

No nível III, a necessidade de apoio é muito substancial na comunicação social, pois há severos prejuízos na comunicação verbal e não-verbal, também apresentam grandes limitações em iniciar uma interação com novas pessoas e quase nenhuma resposta às tentativas dos outros.

Apresentam comportamentos repetitivos e restritos em quase todo o dia, há presença de inflexibilidade no comportamento. Nesse nível, os indivíduos têm extrema dificuldade em lidar com mudanças na rotina e apresentam

comportamentos restritos/repetitivos que interferem diretamente em vários contextos, é constante o alto nível de estresse e resistência para mudar de foco ou atividade.

É importante salientar que, independente do grau de acometimento da criança, (leve, moderado ou severo), se faz necessário apoio específico a cada criança, pois geralmente o que diferencia são os sintomas, é que em alguns são mais sutis do que em outros. Como também a quantidade de terapias e intervenção diária, e o longo período dispendido aos tratamentos, outro fator considerável é a necessidade do uso da medicação, lembrando que não existe remédio para o autismo, e sim para minimizar os seus sintomas, e os comportamentos disruptivos, movimentos estereotipados, entre outros, variam de acordo com o grau. A prescrição e a avaliação de fármacos só pode ser feita pelo médico especialista, que faz o acompanhamento de clínica médica, seja trimestral, semestral ou anual.

O mais importante é compreender que não importa o nível de acometimento em que o indivíduo se enquadre, deve-se sempre proporcionar os cuidados necessários de acordo com suas necessidades específicas.

### **2.1.2 O perfil do autista e o desenvolvimento da aprendizagem**

Na interação com um indivíduo autista, devemos respeitar as suas peculiaridades e particularidades, não se exige de um indivíduo cego que ele enxergue, do surdo que ele escute, por que temos que exigir do autista que ele se socialize, que fale das suas emoções, ou que pare com os movimentos disfuncionais aos olhos da sociedade, temos que parar de rotular e querer enquadrar o indivíduo no modelo de ser ideal.

A maioria da sociedade faz uma ideia de que o indivíduo autista é um ser

limitado, e não é, são pessoas extraordinárias, com grande potencial, que têm sentimentos, amam, beijam, abraçam, além de serem felizes. Ser autista é uma condição de vida, eles aprendem por meios de estruturação e organização do ambiente, tudo deve ser previsível para o indivíduo autista. Não podemos limitar o ser humano, pois somos seres pensantes, sendo assim, temos que favorecer que essa aprendizagem do autista seja significativa, pois é necessário estruturar o ambiente de ensino, seja no espaço escolar, terapêutico ou familiar, para o indivíduo começar a dar respostas qualitativas ao que está sendo ensinado.

Para intervir terapêuticamente junto a um autista é necessário usar algumas abordagens que irão favorecer uma aprendizagem sem erro e que irá facilitar o processo de desenvolvimento cognitivo, social e linguístico e o trabalho deve ser feito na perspectiva multiprofissional.

Os indivíduos diagnosticados com Transtornos do Espectro Autista podem se destacar em habilidades visuais, música, arte e matemática, a maioria das pessoas com autismo é boa em aprender visualmente, outras são muito atentas aos detalhes e à exatidão. Alguns possuem capacidade de memória acima da média, na maioria dos indivíduos atípicos as informações, rotinas ou processos de aprendizagens uma vez aprendidos, sejam retidos no seu inconsciente.

## **2.2 Atendendo a criança autista: a proposta terapêutica e educacional em foco**

Atender a criança autista, tanto no ambiente escolar, doméstico, quanto no terapêutico, requer formação especializada e manejo comportamental, pois o tratamento é baseado em evidências científicas. A partir dos pressupostos da Análise Aplicada do comportamento, faz-se o planejamento do programa de ensino, no qual constam as metas e objetivos, além das metas educacionais que fazem parte do PEI (Plano Educacional Individualizado), que é será executado no ambiente escolar, tendo como sala de aula o próprio ambiente da sala de

recursos; já no ambiente terapêutico, o profissional elabora o PTI (Plano de Trabalho Individualizado).

Dentro do manejo comportamental, o terapeuta deve usar uma abordagem em que a criança consiga responder aos estímulos cognitivos ofertados, porque cada abordagem tem os seus aspectos específicos e suas metodologias. Na avaliação, iremos perceber que abordagem terapêutica é mais adequada para a criança.

Segundo Schopler e Mesibov (1995), os alunos autistas respondem bem aos sistemas organizados e, por esta razão, o professor/terapeuta deveria organizar a sala de aula para efetivamente conseguir ensinar os alunos. Do contrário, muitos estímulos podem “entrar” ao mesmo tempo, contribuindo para a organização e confusão interna, fazendo com que o aluno não saiba o que fazer, onde ir, por onde começar, onde colocar o material, como mostrar que terminou etc.

Para justificar a importância da organização na sala de aula, é útil entender as dificuldades da pessoa autista e como elas apontam para a necessidade de uma ordem para que se chegue ao sucesso no ensino. A dificuldade de linguagem receptiva (compreensão das mensagens ouvidas) é característica do autismo e faz parte do quadro. Muitas vezes, o aluno pode não entender a mensagem que chega verbalmente quando o professor está acreditando que ele esteja entendendo, causando, assim, uma reação de agressividade e falta de iniciativa. Pode também acontecer que o aluno não possua o domínio de linguagem (nem oral, nem gestual, nem alternativo) suficiente para comunicar ao professor que está cansado, com calor, com fome, entediado, confuso, exceto por meios de condutas consideradas inadequadas aos olhos de quem não enxerga tais comportamentos, que na verdade são como um “iceberg” na expressão dos sentimentos. O que o professor vê são as respostas finais e variadas desordens que estão na base dos problemas do autismo e que precisam ser consideradas no entendimento da maioria desses comportamentos.

Segundo Fonseca e Ciola (2016), a pessoa com TEA pode ter uma memória sequencial pobre (memória das sequências dos fatos, sons etc.) e não conseguir manter a sequência dos eventos (mesmo os cotidianos) ou não ter a certeza quando algo diferente irá acontecer. Geralmente, sente-se mais confortável permanecendo em atividades que “já tem costume”, resistindo a aprender atividades novas. Muitas vezes, tem dificuldades em se organizar ou impor limites ao seu próprio comportamento, o que faz com que não faça bom uso das regras sociais. Isto pode resultar na tentativa de “chamar a atenção” dos outros de forma inapropriada ou de preferir ficar isolado.

Devido a sua dificuldade de relacionamento interpessoal e entendimento das regras sociais pode não ter motivação para agradar os outros ou não ser sensível a elogios, podendo transparecer que há resistência ao aprendizado. Essa hipersensibilidade sensorial pode levar, com frequência, a distúrbios de comportamento a ao mau uso de materiais, além da confusão com as instruções das tarefas. A distração e a falta de noção e organização da temporalidade podem, também, causar comportamentos que interferem na aprendizagem, o que inclui a dificuldade com a percepção do tempo e da finitude. Por isso, organizar a sala de aula ou qualquer outro ambiente de ensino para o nível de compreensão do aluno, preparar matéria com instruções visuais e organizar rotinas podem ser estratégias úteis para diminuir muitas das dificuldades apresentadas, resultando em uma otimização do aprendizado.

Alguns aspectos relacionados com a organização vêm sendo úteis em salas de aula para pessoas com TEA, independentemente da idade. Tais aspectos são: a organização física (mobiliário, posicionamento, distribuição das tarefas, bloqueios e limitadores), a programação das atividades (rotinas, atividades sequenciadas, previsibilidade), os sistemas de trabalho (o que vai acontecer e em qualquer organização), e os métodos de ensino baseados na psicologia comportamental (como a atividade vai ser ensinada, quais meios de ensino serão apresentados, como a ajuda vai ser retirada, qual o sistema de reforço, quais as habilidades serão instaladas) (FONSECA e CIELA, 2016).

Essa proposta de trabalho possibilita um ensino estruturado para o indivíduo com TEA, gerando uma organização no pensamento e no espaço físico, despertando na criança um interesse pelo o ensino, porque gera uma organização, regra e sistematização do ambiente de estudo. O ensino estruturado é a personalização do currículo que vai além do ensino individualizado.

### **2.2.1 Caracterização de ABA**

O Applied Behavior Analysis (ABA), Análise Aplicada ao Comportamento, constitui-se em um estudo científico comportamental que tenta aumentar, diminuir, melhorar, criar ou eliminar comportamentos previamente observados e identificados segundo critérios de funcionalidade para um determinado indivíduo em relação a seu ambiente. A habilidade que ainda não faz parte do repertório da criança é ensinada em etapas, iniciando-se com uma instrução ou indicação do terapeuta. Caso necessário, faz-se uso, por um período de tempo menor possível, de algum apoio externo, como um objeto, por exemplo.

Nesse método, é oferecido à criança algo agradável a toda resposta correta dada por ela, o que funciona como um reforçador positivo. Sendo utilizado de forma consistente, este reforçador adquire capacidade de fazer com que a criança repita o mesmo comportamento em busca deste. Com o tempo, o reforço deve ser administrado de forma intermitente, passando esse comportamento a fazer parte do repertório da criança sem a necessidade do reforço contínuo do mesmo (MELLO, 2003).

As condutas de fugas de demanda na hora da terapia por parte do indivíduo autista, mesmo os disfuncionais apresentados pela criança, não devem ser reforçadas podendo ser ignoradas (caso seu antigo reforçador seja a busca de atenção – reforço social), corrigidas ou redirecionadas, buscando-se alternativas de comportamentos funcionais dentro do ambiente social em que a criança vive ou está inserida.



Este é um método de longa duração e que, portanto, tem alto custo econômico, mas que, através de treino e instrução, pais e demais pessoas que convivem com a criança autista podem aprender e utilizar, sendo eles mesmos terapeutas auxiliando na aquisição dos comportamentos funcionais à conduta da criança como um todo. A criança se beneficia com essa abordagem terapêutica e em meses já é visto os resultados.

### **2.3.2 Caracterização de TEACCH:**

O TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) foi legitimado em 1972 no estado da Carolina do Norte, Estados Unidos, tendo como iniciadores Schopler e Reichler, com seu projeto “Child Research Project”, no qual propuseram uma intervenção baseada na atuação de pais como co-terapeutas para o tratamento psicoeducacional das crianças autistas (VATAVUK, 2005).

De acordo com dados da *University of North Carolina*, o TEACCH não se reduz a uma técnica ou a um método. Ele constitui-se em um programa completo para trabalhar-se com pessoas autistas, podendo ser utilizado em combinação com outros métodos em dependência da necessidade de cada pessoa (TREHIN, 2005). A base desse programa não é fundamentalmente behaviorista, mas com certeza as bases cognitivistas e comportamentais são as que melhor se apresentam como úteis, guiando tanto pesquisas como as intervenções no TEACCH.

Esse programa objetiva desenvolver na criança autista o treino em habilidades sociais, independência e o ensino de maneira geral dentro de um programa especificamente elaborado para a criança. Este programa individualizado é montado a partir de uma avaliação PER-R (Perfil Psicoeducacional Revisado), levando em conta tanto os pontos fortes como fracos da criança.

A técnica baseia-se em criar um ambiente organizado e previsível 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, as atividades que deve realizar e, em seguida, colocá-las em prática. Isso torna o ambiente mais fácil de ser compreendido pela criança, assim como o que se espera que ela faça.

Existem críticas acerca deste programa, mas estudos mencionados por diversos autores (MELLO, 2003; TREHIN, 2005), ressaltam não só a sua validade, como também a aplicabilidade em diferentes países do mundo. No entanto, este programa não é adotado nas clínicas e consultórios, via de regra, mas, geralmente, é utilizado por escolas com atendimento de crianças com necessidades especiais, em especial autistas, formando um currículo individualizado para cada criança, no qual cada uma tem seus próprios objetivos a atingir.

### **2.2.3 Caracterização do PECS**

O método PECS (Picture Exchange Communication System), de intercâmbio de imagens, foi elaborado com o intuito de auxiliar as pessoas autistas, de diferentes idades e com dificuldade de comunicação, a poderem expressar, de maneira alternativa, que não usando a fala, aquilo que desejam (MELLO, 2003). O material utilizado consiste em cartões com figuras que representam objetos e situações que a criança utiliza para expressar aquilo que deseja. O reforçamento subsequente, receber aquilo que quer, faz com que o comportamento de utilizar os cartões seja instalado, ampliando o repertório comportamental da criança e servindo de instrumento de comunicação quando a criança não possui o comportamento verbal necessário para interagir com o ambiente.

Esta é uma técnica de baixo custo econômico, que pode e deve ser revista e ampliada sempre que necessário, permitindo à criança com dificuldade de

comunicação interagir em diferentes ambientes sociais. Para facilitar seu uso, os pais, ou mesmo o terapeuta, podem construir um álbum de PECS em uma pasta catálogo, que facilita o manejo por parte da criança.

Num primeiro momento, sabendo-se de algo que a criança queira, como um chocolate, por exemplo, um desenho deste é feito, ou então uma figura é recortada e a criança é orientada pelo terapeuta a colocar a figura na mão da pessoa que segura o chocolate, que deve dizer algo como “você quer o chocolate?” e, então, entrega-o à criança. Na medida que a criança entende que está sendo efetivada uma troca (figura por chocolate), as ajudas vão diminuindo até que ela mesma passe a entregar a figura para receber o que deseja. Em seguida, mais pessoas são inseridas no contexto, para que a criança possa discriminar que diferentes pessoas podem dar aquilo que ela deseja, ocorrendo uma generalização do uso dos PECS.

Conforme a criança avança neste sentido, são então inseridas mais imagens de coisas que a criança gosta, porém de maneira gradual, cuidando para que cada novo item seja integrado ao repertório da criança. Esta maneira de interação pode auxiliar para que a criança obtenha aquilo que deseja de maneira calma, solicitando através dos PECS a um adulto, e não simplesmente tentando de maneira inadequada obter aquilo que deseja. Pode-se, em seguida, passar para o uso de frases como “eu quero...”, complementada com a figura daquilo que ela deseja. Um passo adiante consiste em ensinar à criança a diferença entre solicitações e comentários, como “eu tenho”, entre outros.

No entanto, apesar do auxílio prestado por esta técnica, não se deve esquecer que é importante atuar junto à criança autista para que esta adquira um comportamento verbal, o que pode trazer maior independência a ela, porém sempre se respeitando os limites de desenvolvimento de cada criança.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

Sendo de natureza exploratória e de cunho etnográfico, nossa pesquisa baseia-se na observação, onde o pesquisador procura descrever o que, na sua interpretação baseada em aportes teóricos, está ocorrendo no contexto pesquisado. Uma das suas características é a presença física do pesquisador e a observação *in loco*.

Assim, como caminho metodológico, utilizamos a observação participante na medida em que registramos as experiências vivenciadas e analisadas, as quais tiveram a própria pesquisadora como psicopedagoga no seu exercício profissional.

A observação que ensejou esse estudo se iniciou em maio de 2018 sendo que os dados aqui descritos e analisados são do período de agosto e setembro de 2018. Os encontros terapêuticos observados eram semanais, tendo como dia de atendimento a sexta-feira pela manhã com duração de uma hora.

O cenário da pesquisa deu-se em um ambiente domiciliar, no qual ocorria a terapia. Os sujeitos da pesquisa foram a pesquisadora e uma criança de 2 anos e 2 meses, que atende pelo nome de L.R.S.<sup>1</sup>.

Foram realizados oito encontros com a criança para o atendimento. Na oportunidade foram coletados os dados que constituem o nosso *corpus*, e perante os quais nos debruçamos para a realizar a análise descritiva desses atendimentos.

#### **4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Antes dos encontros propriamente ditos, procedemos a uma sondagem acerca da criança autista considerada nesse estudo de caso, a fim de nos inteirarmos sobre o seu histórico de vivências.

Segundo relato dos pais em anamnese, a criança frequenta o ambiente escolar desde um ano e seis meses, após três meses de aula, a professora, junto

---

<sup>1</sup> Por questões éticas de preservação da identidade da criança autista que foi sujeito da nossa pesquisa, aludiremos a ela através das iniciais L.R.S.

à coordenadora da escola, convidou os pais para uma reunião, para falar sobre o desenvolvimento do menor. Na oportunidade, relatou-se que L.R.S. não estava respondendo aos estímulos como era esperado para a idade.

Segundo relatos da professora, quando L.R.S. era chamado pelo nome não correspondia ao comando e nem olhava, não mantinha o contato ocular em nenhum momento, tinha dificuldade em seguimento de instrução, não ficava sentado na roda de conversa e nem nos momentos de contação de histórias ou atividades na mesa, rodava em torno da mesa, não interagia e nem se interessava pelas crianças e/ou brinquedos da estante da sala, apresentando comportamentos que não eram esperados para a idade. Observando essas características bem peculiares ao indivíduo com autismo, a professora começou a observar os comportamentos e foi percebendo um quadro de inatividade para realizar as atividades pedagógicas propostas em sala de aula, fossem elas individuais ou atividades em grupo com os colegas. Também foi relatado que o único momento de atenção era nas aulas de música. Após a avaliação inicial da criança e visita técnica de observação no ambiente escolar, pude confirmar que a atenção e interesse pela aula de música era devido ao que ele vivenciava em casa, pois passava a maior parte do dia exposto aos aparelhos tecnológicos, com exceção no momento do sono, mas para poder dormir também utilizava os mesmos recursos eletrônicos.

Ao ser consultada a opinião do médico especialista em neuropediatria, foi sugerida a hipótese diagnóstica de traços de autismo e feitos os encaminhamentos para o acompanhamento multiprofissional. Segundo relato dos pais, a criança não estava interagindo com os pares de sua idade no ambiente escolar, além de apresentar atraso na fala, atrasos estes confirmados na primeira sessão, quando ficou explícito o histórico de inatividade e imaturidade nesse sentido: não dava respostas significativas esperadas para a sua idade cronológica e nem cognitiva.

Em sequência a esse diagnóstico, foi dado início às sessões de intervenção precoce e ao processo de estimulação cognitiva e intervenção terapêutica. A parte

do brincar e da ludicidade, utilizando técnicas e manejo comportamentais baseadas na Análise Aplicada do comportamento foram utilizadas para trabalhar as habilidades pré-requisitos para o desenvolvimento e maturação da criança. Isso porque esse contexto de intervenção e estimulação, auxilia a criança no processo de desenvolvimento humano.

A seguir, apresentaremos o relato descritivo e crítico de cada encontro que fez parte desse tratamento interventivo aqui considerado.

### **Encontro 01**

No primeiro encontro, a criança não queria participar da sessão sozinha, isso se explica por várias variáveis: estava numa sala nova, num ambiente o qual não estava habituada e com pessoas desconhecidas. Para poder dar início ao trabalho, realizamos a sessão com os pais e a criança, o que foi bem proveitoso. Fizemos o atendimento e fui dando as orientações de como os pais poderiam se direcionar para brincar com a criança, o que fazer e como exigir da criança na fala (na oportunidade, ela só se expressava através de balbucios e tinha um repertório de palavras mínimo para a sua idade).

Propusemos uma sequência de atividades com jogos pedagógicos e lúdicos voltados para faixa etária da criança: jogos de encaixe de formas geométricas primárias, encaixe de cubos simples, aramados simples, lego grande e uma pista de carrinhos. Fomos ofertando um brinquedo por vez, falando o nome do objeto, enfatizando as cores e a quantidade até cinco. Utilizamos muito reforço social, exageramos na fala, no sorriso. Durante toda a sessão, estava buscando estimular o contato ocular e ficamos sentados no chão ou abaixados para ficar na altura da criança. Nossa expressão corporal e fácil conta muito para esses estímulos.

No primeiro encontro, observamos as características de autismo bem pontuais, tais como:

- Atraso na linguagem;

- Extrema inatividade;
- Realização de movimento repetitivo circular com objeto e com o corpo;
- Movimento circular com a roda do carrinho;
- Dificuldade de seguimento de instrução;
- Não realização de rastreo visual;
- Fingimento de surdo;
- Andar na ponta dos pés;
- Inexistência de contato ocular;
- Inexistência de noção do perigo.
- Dificuldade na coordenação motora ampla e fina.
- Uso o corpo para se expressar (pegava na mão do adulto para poder acessar ao brinquedo e/ou o que queria).

## **Encontro 02**

Nesse encontro, propusemos o mesmo modelo de atendimento do primeiro encontro, utilizamos a técnica de repetição dos mesmos estímulos e do método de ensino tradicional, essa repetição de estímulos em terapia e em casa tem o objetivo da generalização do que está sendo ensinado, assim, a criança acomoda os estímulos e passa a reproduzir nos demais ambientes sociais que frequenta.

Sendo assim, repete-se a sequência de atividades com jogos pedagógicos e lúdicos voltados para faixa etária da criança: jogos de encaixe de formas geométricas primárias, encaixe de cubos simples, aramados simples, lego grande e uma pista de carrinhos. Com esses recursos, fomos ofertando um brinquedo por vez, falando o nome do objeto, enfatizando as cores e a quantidade até cinco. Novamente, utilizamos muito reforço social, exageramos na fala, no sorriso, durante toda a sessão, buscamos estimular o contato ocular, sentados ou abaixados para ficar na altura da criança.

Nessa segunda sessão, a criança ainda entrou com os pais, não nos procurava (a terapeuta) para brincar ou interagir, todas as vezes nós buscamos o contato físico e ocular, mas, por algumas vezes, ele ignorava nossa presença. Nós a chamávamos, mas ela não dava resposta a nenhum comando verbal. Quando nos aproximávamos e tocávamos em seu ombro e sutilmente tentava trazer o seu olhar para o nosso rosto, ele ainda olhava, mas, rapidamente esquivava o olhar.

O que houve de significativo nessa sessão foi L.R.S. ter se permitido a aproximação, entretanto, os balbucios que emitiu não eram inteligíveis a outras pessoas que não a mãe, uma vez que essa compreendia por ter criado uma maneira bem peculiar para entender as necessidades do filho, toda a comunicação era por balbucio ou por choro.

### **Encontro 03**

Neste dia, L.R.S. entrou na sala sozinho, por alguns momentos apresentou uns episódios de choro, mas logo conseguiu sanar a insegurança, redirecionamos a sua atenção para os estímulos que seriam trabalhados no dia da sessão e logo o menor demonstrou interesse pelos materiais terapêuticos.

Na ocasião, iniciamos o trabalho com as vogais gigantes, sempre utilizamos material concreto para as crianças poderem compreender, pois trabalhar só com o abstrato com eles não é viável, pois a aula fica no contexto da subjetividade.

Neste dia também utilizamos três aplicativos no tablet que estavam correlacionados com o que foi trabalhado com a criança desde o primeiro encontro. Por esse recurso, L.S.R. demonstrou interesse, pois já os usa com frequência em casa. Sugerimos à mãe que evitasse o máximo os tecnológicos em casa, utilizando-os de forma monitorada e moderada.

### **Encontro 04**



Neste dia, L.R.S. demonstrou mais entusiasmo na sessão, utilizamos o recurso de música para trabalhar a imitação motora, trabalhamos também com uma literatura infantil do conto “Os três Porquinhos”, utilizando fantoches.

Apresentamos os números móveis de 1 até 10, mas o objetivo era contar de um a cinco, pareando com os dedos da mão ou com objeto concreto.

A sessão foi tão proveitosa que L.R.S. não queria ir embora com sua genitora, queria continuar brincando.

### **Encontro 05**

Nesse encontro, utilizamos uma bola como recurso terapêutico para trabalhar o seguimento de instrução, o movimento corporal de correr, pular, saltar, chutar e jogar. Necessitamos dar muitas dicas verbais e ajuda física para L.R.S. compreender o que era para ser feito. Com ajuda física total, ele conseguiu compreender que chutar é com o pé e jogar é com a mão, mas ainda corre com dificuldade, apresenta uma marcha lenta, não consegue pular e saltar sozinho, necessita de ajuda física para essas atividades de coordenação motora ampla.

Usamos uma amarelinha de números de um até dez, com esse recurso, trabalhei nomeação e identificação de cores, formas e números, além de estimular a coordenação motora ampla, seguimento de instrução, contato ocular e reciprocidade sócio-emocional. Esse tipo de atividade favorece a autoconfiança, segurança e comunicação da criança.

Na devolutiva, ao final da sessão, sugerimos à mãe que levasse a criança para um Terapeuta Ocupacional para trabalhar o brincar e os movimentos de coordenação motora fina e ampla. Caso a família pudesse, sugerimos também um recreador, para trabalhar o corpo dessa criança, que tem um movimento muito rudimentar devido à falta de estímulo.

### **Encontro 06**

Na sessão de hoje, fizemos um apanhado de tudo que foi trabalhado nos cinco primeiros encontros para mensurar o que a criança está compreendendo, o que ela já conseguiu aprender e o que precisa ficar intensificando em casa e nas sessões, gerando assim a manutenção do que estimulamos em terapia, até a criança demonstrar que aprendeu o que ensinamos.

Na oportunidade, observamos que L.R.S. está contando de um até dez de forma sequenciada e aleatória, também está identificando as vogais de forma sequenciada e aleatória, já fala as cores primárias mesmo com atraso na linguagem mas, mesmo assim, conseguimos compreender o que L.R.S. fala, tem dado “tchau” quando vai embora, solta beijos, demonstra alegria e entusiasmo quando vê alguém de quem gosta, identifica-se com músicas da “Galinha Pintadinha” (personagem de desenho animado infantil), gosta muito de dançar as músicas e reproduzir a fala.

Na oportunidade, sugerimos a mãe que brincasse de “karaôquê” para ver como ele irá reagir ao timbre de sua voz, fazer em casa com os familiares brincadeiras de esconde-esconde, para estimular a reação e a reciprocidade sócio-emocional, na hora do banho, cantar e estimular essa atividade cotidianamente.

## **Encontro 07**

Na sessão de hoje, fizemos um apanhado de tudo que foi trabalhado nos encontros anteriores, dando continuidade a dinâmica de intervenção, para mensurar o que a criança está compreendendo, o que ela já conseguiu aprender e o que precisa ficar intensificando em casa e nas sessões, gerando, assim, a manutenção dos estímulos, até a criança demonstrar que aprendeu o que ensinamos.

Na oportunidade, observamos que L.R.S. aumentou o seu acervo vocabular. No entanto, sugerimos aos pais que dessem o modelo da fala (quando a criança se opor a falar, é necessário procurar reforçar no fim de cada tarefa - o reforço social -), essa conduta ajuda a criança a desenvolver sua linguagem. Outra

atitude importante é abaixar-se para ficar da altura da criança, mediando o pedido, seja para pegar comida ou objetos, pois precisamos estimular a funcionalidade da fala, para não permanecer com a linguagem ecológica<sup>2</sup>.

A essa altura, já são perceptíveis os ganhos cognitivo de L.R.S., tem dado “tchau” quando vai embora, soltando beijos, demonstrando alegria e entusiasmo quando ver alguém de quem gosta.

Utilizamos cantigas de roda para trabalhar a imitação motora, pintamos as formas geométricas a dedo com tinta com o objetivo de trabalhar a pintura e a noção espacial, em seguida utilizamos a tesoura para recortar as formas de linha reta. L.S.R. não conseguiu fazer a tarefa sozinho, necessitou de ajuda física no recorte, mas depois que compreendeu, conseguiu fazer a atividades. Também utilizamos as bolinhas de sabão para trabalhar o seguimento de instrução e o rastreio.

Ao término da sessão, demos a devolutiva do atendimento e orientamos aos pais as intervenções para serem trabalhadas em casa.

### **Encontro 08**

Nessa sessão, L.R.S. estava mais esperto e atento às instruções dadas e brincamos com a pista de carros, simulando uma corrida. No início das intervenções, L.R.S não tinha o repertório esperado para a sua idade, mas com a intervenção da equipe multiprofissional, ele já consegue simular a corrida entre os carros, dando função ao brinquedo. No nosso primeiro contato, não tinha reação mediante os brinquedos, o interesse nos brinquedos era só jogar no chão, hoje ele já nos puxa pelo braço para brincar, ficamos na altura da criança e a estimulamos por horas com os variados recursos.

Diante do exposto, podemos afirmar que a atuação da equipe profissional tem dado grande resultados, trabalhei as letras do alfabeto para estimular a fala e

---

<sup>2</sup> A *ecolalia* pode ser definida como a repetição da fala de outra pessoa, como repetição de palavras e frases.

L.R.S. já está reconhecendo quase todas, embora ainda precise melhorar a pronúncia das palavras e a articulação da boca.

Usamos quebra-cabeça gigante de 2, 3 e 4 peças, e ele necessitou de ajuda física total para executar o jogo.

A cada atividade ou jogo proposto, tivemos a preocupação de orientar a criança para guardar o material utilizado e sempre deixo o circuito de atividades pronto para trabalhar um brinquedo por vez, dentro do que pretendo atingir naquela intervenção, o que auxilia na organização do espaço.

Todo estímulo trabalhado com a criança necessita ficar sendo reapresentado à mesma. Durante os encontros, trabalhamos a contação de histórias, mas L.R.S. não se identificou. Nesse sentido, orientei a família a comprar livros de literatura infantil e ir desenvolvendo o hábito da leitura em casa.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É importante ressaltar que os passos apresentados nesse estudo não são exclusivos para a avaliação do quadro autista, podendo ser utilizados para avaliação de diversos outros quadros que se apresentam na área de psicopedagogia.

Os relatos detalhados das sessões descritos acima mostraram o desempenho obtido pela criança a cada encontro. Na prática psicopedagógica clínica, institucional e *Home Care*, a evolução da criança é descrita através de registros dos atendimentos para acompanhar o desempenho de cada um, também é dada uma devolutiva informal ao final de cada sessão para os pais e/ou responsáveis. Assim, todos os interessados são informados do que foi trabalhado na sessão e o que eles irão dar continuidade em casa. Após três meses de acompanhamento fazemos um relatório no qual apresentamos a devolutiva do que foi realizado com a criança, contendo também sugestões e orientações a serem seguidas pela família e escola, para a superação das dificuldades, medos e traumas apresentados no processo educativo do indivíduo em estudo.

Em síntese, percebeu-se que L.R.S é uma criança que vive num ambiente familiar dotado de amor, mas sem estímulo adequado. Ela está inserida em um contexto de excessos, mimos e zelo em que se “faz” tudo pela criança, tolhendo a sua capacidade natural de desenvolvimento e aprendizagem. O recomendado é que se façam atividades com as crianças, pareando os estímulos e ensinando o passo a passo das tarefas, quando se faz as atividades por ele, limita-se a capacidade de desenvolver suas habilidades, afetando outras áreas do desenvolvimento. Precisamos ensinar a criança o passo a passo de tudo, essa conduta requer tempo, paciência e tolerância, quando não se faz assim, negligencia-se um modelo de ensino e fica-se refém da criança e de seus impulsos, por que não se ensinou a ter autonomia e independência, necessárias para se viver em sociedade.

De fato, com o passar das sessões, ficou evidenciado que os comportamentos de inatividade, medo e insegurança, estavam atrelados ao reflexo de ter sempre um adulto fazendo e decidindo tudo pela criança, o que estava nítido ao longo das sessões e que se confirmou após as devolutivas de atendimentos feitos ao final de cada encontro.

Quanto aos avanços apresentados pela criança a cada encontro, além da diminuição dos comportamentos desruptivos, diminuição do quadro de inatividade, melhora no contato ocular, no brincar estruturado e compartilhado, apresentou melhora no seguimento de instrução. Também houve uma sutil melhora no limiar de espera e tolerância.

Assim, concluímos que temos que ter manejo de comportamento, apropriar-nos de metodologias e técnicas utilizadas para trabalhar as habilidades, pré-requisitos necessários para eficácia da intervenção com o conseqüente avanço da criança no aspecto psicopedagógico, social, afetivo e linguístico.

Nos desdobramentos da intervenção, também sugeriu-se para os pais sentarem todos os dias em casa e aplicar os mesmos procedimentos que foram realizados na terapia, utilizando os recursos que a criança tem em casa. Propusemos aos pais brincarem com a criança, estimular a fala, colocando a

criança para solicitar o que queria, dando o modelo correto da fala, pois através da imitação, o desenvolvimento acontece de forma muito natural, a imitação é a porta de entrada para o desenvolvimento humano, bem como o brincar. Imitando e brincando, a criança desperta para o novo, ela passa a se perceber frente ao meio social. Da forma com que brincava em casa, usando todos os brinquedos ao mesmo tempo, a criança generalizou o aprendizado de forma equivocada e assim ela faz em qualquer ambiente social; a criança precisa brincar com um brinquedo por vez e dar função ao mesmo, mas ele não conseguia brincar com um único brinquedo, queria todos ao mesmo tempo, sempre se redirecionava aos pais, pois para estabelecer vínculo com o profissional seria necessário mais encontros para que a criança tivesse segurança e confiança no terapeuta.

Há de se buscar sempre o melhor para o autista ou o indivíduo especial, e não desistir no caminho apenas porque seus sintomas são moderados e/ou severos. A caminhada é longa, mas os profissionais devem sempre focar nos avanços e potencializar cada um deles. Devemos acreditar na capacidade de desenvolvimento desses indivíduos, nunca subestimá-los.

### **ABSTRACT**

Face with the reality of the constant increase in the number of children diagnosed with autism, it is urgent to discuss issues related to psychopedagogical intervention with this population. The current background of inclusive education in our country's regular system of education indicates the importance of the training of teachers, technicians and all the staff that make up the school body in view of the importance of the intervention of these professionals. For that matter, we proceeded to a case study whose development occurred through an observation of a therapeutic care of autistic child in a domestic environment and whose purpose was to overcome the difficulties that this child presented in cognitive, social and linguistic aspects. In this sense, the general objective of this article was to carry out an analysis of the advances obtained by the child in question during eight service sessions, in a period of two months. To address this experience, we present a brief discussion on Autism Spectrum Disorder (TEA), based on authors such as Bandim (2010), Klin (2006), Mello (2003), Schwartzman and Araújo (2011), Facion (2007), among others, as well as we reflect on the importance of cognitive stimulation in the multiprofessional therapeutic intervention in these cases. The methodology used is ethnographic, with a qualitative analysis profile based on a participant observation. The follow-up of the case in question led to an analysis that revealed progressive advances presented by the child at each encounter of psychopedagogical intervention, as well as the reduction of the

disruptive behaviors, decrease of inactivity, improvement in eye contact and well as in the structured and shared playing act, improvement in follow-up instruction and in the waiting threshold and tolerance.

Keywords: Autism. Psychopedagogy. Interventio

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatry Association, 2000.

\_\_\_\_\_. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - 5**  
Porto Alegre : Artmed, 2014.

BANDIM, José Marcelino. **Autismo: uma abordagem pratica**. Recife: Bagaço, 2010.

BRASIL. **Lei 12.764**, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm)>. Acesso em: 22 out. 2018.

FACION, José Raimundo. **Transtorno do desenvolvimento**. Curitiba: Ibpex, 2007.

FONSECA, Maria Elisa Granchi; CIOLA, Juliana de Cassia Baptistela. **Vejo e aprendo: fundamentos do Programa TEACCH, o ensino estruturado para pessoas com autismo**. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, 2016.

KLIN, A. Autismo e syndrome de Asperg: uma visão geral. **Rev Bras Psiquiatria**, São Paulo, n. 28, p.3-11, 2006.

MELLO, Ana Maria S. **Autismo: guia prático**. 2003. Disponível em: <<http://www.ama.org.br>>. Acesso em: 21 mar. 2005.

SCHOPLER, E., MESIBOV, G. B., HEARSEY, K . Structured teaching in the TEACCH system, In: E. SCHOPLER ; G. B. MESIBOV (orgs.), **Learning and cognition in autism**. New York: Kluwer Academic/Plenum, 1995.

SCHWARTZMAN, José Salomão; ARAÚJO, Ceres Alves de. **Transtorno do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnom, 2011.

TREHIN, Paul. **Some basic information about TEACCH**: Autisme France. Disponível em: < [http://www.teacch.com/teacch\\_o.htm](http://www.teacch.com/teacch_o.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2005.

VATAVUK, Marialice de Castro. **Método TEACCH**. Disponível em: <<http://www.ama.org.br/teacch.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2005.