

ACOLHIMENTO E PERMANÊNCIA DO DISCENTE COM AUTISMO NO ENSINO SUPERIOR.

Lucinéia Contiero¹
Ana Mércia Duarte da Silva Nuss²
Lenir da Silva Fernandes³

RESUMO

O presente trabalho propõe uma discussão acerca de processos de ensino e mecanismos pedagógicos facilitadores de aprendizagem de alunos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no ensino regular; mais especificamente, no nível superior. A chegada e a permanência de graduandos autistas nos cursos de graduação têm se mostrado uma preocupação desafiadora a Professores da academia e a Supervisores de estágios obrigatórios, razão que motivou o desenvolvimento de projeto de pesquisa realizado entre julho e dezembro de 2023, com o objetivo basilar de estudar mais profundamente os aspectos neuro linguísticos típicos desses indivíduos e como a neuroplasticidade possa elevar as capacidades cognitivas dos educandos com TEA. Os estudos nos levaram a concluir ser possível investir em mecanismos de ensino aprendizagem mais apropriados para a produção de sinapses neurais nesses indivíduos em formação inicial e, em desdobramento, obtermos uma realidade de aprendizagem mais eficaz através da inclusão dos estímulos escolhidos para cada um dos quatro níveis do espectro. Nesta ocasião, propomos discutir os resultados de pesquisa focados na discussão das deficiências do processo de formação de professores, no panorama atual da educação inclusiva no Brasil e em como estudos avançados de neuroplasticidade podem ser forte aliados para proporcionar melhor evolução cognitiva em educandos com espectro autista na educação universitária. Alicerçamos nossa discussão em ilustrações de sala de aula e contribuições de autores como Vygotsky (2001), Glat (2003), Oliveira et al (2019), Sella et al (2018), entre outros estudiosos que auxiliam a esclarecer sobre ensino eficaz para indivíduos autistas no ensino superior.

Palavras-chave: Autismo, Ensino Superior, Ensino-Aprendizagem.

INTRODUÇÃO

A educação inclusiva vem ganhando cada vez mais enfoque e atenção graças a documentos como a Constituição Federal (Direitos das Pessoas com Deficiência) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9394/96.1996). Entre as leis que defendem a educação inclusiva, uma das principais é a Lei nº 12.764/2012 Berenice Piana, que garante às pessoas autistas o acesso à Assistência Social e à educação nos municípios em que residem, bem como incentiva a incorporação de um treinamento específico para qualificar profissionais para trabalhar com alunos TEA. Esta lei, em concomitância com as demais, tenta garantir maior dignidade para pessoas autistas em todos os campos de sua vida, entre eles, o campo educacional. Em contraposição, a aplicabilidade deste segmento de educação ainda não é

¹ Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Natal – UFRN, lucineiacontieroufrn@gmail.com;

² Docente do Instituto Federal de Ciências e Tecnologias - IFRN, ana.m@escolar.ifrn.edu.br;

³ Docente do Instituto Federal de Ciências e Tecnologias - IFRN, lenir@escolar.ifrn.edu.br;

executada como previsto nas leis e decretos – motivação basilar da pesquisa por nós realizada, cujo enfoque foi discutir tal realidade amplamente, ou seja, a observância de falta de políticas públicas voltadas à parcela do alunado autista. Mais especificamente, dentre os muitos problemas que ainda precisam ser resolvidos, a pesquisa qualitativa e de revisão bibliográfica, em especial, deteve-se em abordar, na literatura especializada, aspectos fundamentais sobre o espectro e identificar alguns mecanismos pedagógicos relevantes para melhor desenvolver o trabalho do professor em sala de aula, este que tem tido grande dificuldade para fazer com que aconteça, na prática, uma pedagogia inclusiva, de fato (RIBEIRO et al., 2019). Neste sentido, o “Congresso Internacional de Educação Inclusiva” oportuniza darmos visibilidade a resultados da citada pesquisa a partir de uma discussão acerca de processos de ensino e mecanismos pedagógicos facilitadores de aprendizagem de alunos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no ensino regular; mais especificamente, no nível superior.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o DSM-Vos Transtornos do Espectro Autista (TEA) designam os Transtornos: Autista, Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação, sendo que as variações são denominadas conforme o nível de gravidade. A prevalência do transtorno do espectro autista em adultos é similar à observada em crianças, variando entre 0,5 e 1,0% da população (AMERICAN..., 2013), o que torna essa condição um grave problema de saúde pública que ainda não tem recebido a devida atenção na literatura médica, em programas assistenciais e programas educacionais de ensino superior. Aliás, muitas pessoas chegam à vida adulta sem o adequado diagnóstico de TEA, só buscam atendimento médico em razão das frequentes comorbidades que acompanham o espectro, ou quando as demandas da vida adulta tornam mais evidentes suas limitações específicas. A maioria dos indivíduos com TEA que chegam a adentrar a universidade, no entanto, não têm, não aceitam ou não compartilham o próprio diagnóstico, o que torna o trabalho dos professores e da comunidade acadêmica ainda mais desafiador. Ressalte-se, ainda, que aqueles **portadores** com boa capacidade de comunicação verbal e bom nível cognitivo são os que mais frequentemente permanecem sem diagnóstico e sem a devida orientação terapêutica, embora os mais comprometidos cognitivamente e que demandam cuidados mais específicos sejam, comumente, também ignorados e, assim, constituem, todos, uma população invisível na comunidade acadêmica.

A chegada e a permanência de autistas nos cursos de graduação, tanto em cursos de bacharelado, quanto, principalmente, nas licenciaturas, têm se mostrado uma preocupação desafiadora a Professores da academia e a Supervisores de estágios obrigatórios, razão que motivou o desenvolvimento de um projeto de pesquisa realizado entre julho e dezembro de

2023 com o objetivo basilar de estudarmos mais profundamente os aspectos neuro linguísticos típicos e como a neuroplasticidade possa elevar as capacidades cognitivas desses graduandos com TEA. Os estudos nos levaram a concluir ser possível investir em mecanismos de ensino aprendizagem mais apropriados para a produção de sinapses neurais nesses indivíduos em formação inicial e, em desdobramento, obtermos uma realidade de aprendizagem mais eficaz através da inclusão de estímulos escolhidos para cada um dos níveis do espectro e respeitando as comorbidades específicas dos casos. Nesta ocasião, propomos discutir alguns resultados de pesquisa focados na discussão ampla das deficiências do processo de formação de professores no panorama atual da educação inclusiva no Brasil e em como estudos avançados de neuroplasticidade poderão ser fortes aliados para proporcionar melhor evolução cognitiva em educandos com espectro autista na educação universitária. Alicerçamos nossa discussão em ilustrações de sala de aula e contribuições teóricas de autores como Vygotsky (2001), Glat (2003), Oliveira et al (2019), Sella et al (2018), Kanner (1944), Sterwald (2019), Rimland (1964;1975), Lewis (2016), Baron-Cohen (2015), entre outros estudiosos que auxiliam a esclarecer, ainda que minimamente, dado o formato desta publicação, o espectro em adultos e possibilidades de ensino mais eficazes para indivíduos autistas no ensino superior.

Gênese: alguns dados teóricos conceituais de origem e sintomas.

A história do conceito de autismo ilustra bem as eventualidades pelas quais passou a psiquiatria na primeira metade do século XX. A conceitualização do transtorno teve início a partir de concepções influenciadas pela psicanálise, sendo posteriormente considerada uma condição complexa, vinculada ao neurodesenvolvimento. Leo Kanner foi o estudioso que primeiramente descreveu o “autismo infantil precoce”, em 1943, com base no estudo qualitativo de 11 pacientes. Emigrado da Áustria, Kanner passou a trabalhar no Johns Hopkins Hospital e fundou uma clínica de psiquiatria infantil a partir da qual publicou o primeiro tratado de psiquiatria infantil dos Estados Unidos. Escreveu que, além do autismo – termo primeiramente usado por Eugen Bleuler em 1911 (como comportamento observado em pacientes diagnosticados com quadro de esquizofrenia) – as crianças analisadas tinham dificuldades em lidar com mudanças e manifestavam insistência no desejo de que tudo à volta não sofresse qualquer alteração. Observou ainda que 3 das 11 crianças não desenvolveram linguagem, e que as demais tinham problemas na comunicação verbal, como ecolalia, linguagem peculiar ou extremamente literal e dificuldade no uso dos pronomes, além de interesses peculiares (2023, p.5). Na análise inicial, os pais dessas crianças eram pessoas de formação intelectual

privilegiada e bom nível socioeconômico⁴, o que resultou na ideia de que o autismo infantil, até os anos 1950 e 1960 do século passado, era uma doença das famílias de alto nível intelectual e socioeconômico; crença desmentida tempos depois através de estudos epidemiológicos.

Em 1944, um ano depois de Kanner, Hans Asperger publicou sua tese de doutoramento caracterizando o que denominou “psicopatia autista” para especificar os sintomas estudados a partir da análise de quatro crianças na Clínica Infantil da Universidade de Viena. Ambos os autores descreveram sintomas semelhantes: habilidades cognitivas irregulares, habilidades extraordinárias, principalmente referentes à memória repetitiva, e habilidades visuais, que coexistiam com profundos déficits de senso comum e julgamento. Para Kanner, uma “verdadeira psicose” (1956, p.556).

Em meados dos anos 1960 o autismo foi nomeado e classificado de formas diversas por autores de diferentes procedências; entrou pela década de 70 com diversos conceitos oriundos de diferentes escolas de pensamento. Nos Estados Unidos, era visto como “psicoses infantis” junto com as “psicoses simbióticas” e as “crianças atípicas”; na França, importante centro de psiquiatria infantil à época, caracterizou-se o autismo também entre as “psicoses infantis”, juntamente com as “psicoses desintegrativas”; as “deficiências mentais psicotizadas”; as “psicoses de expressão deficitária”; e as “parapsicoses”; subdivididas em “pré-psicoses” e “desarmonias de evolução” (DEL PORTO: 2023, p.3). Foi então que, em 1964, Bernard Rimland, psicólogo e pai de uma criança autista, propôs critérios diagnósticos mais precisos para o “autismo infantil precoce”, considerando possíveis mecanismos neurobiológicos em sua gênese e desfazendo a concepção original de uma doença primariamente psicogênica (1975, p. 401).

A mudança mais radical sobre a concepção do autismo ocorreu a partir do sistema de escala do estudo de Edward Ross Ritvo ((1976), professor emérito do Instituto de Neuropsiquiatria da UCLA e psiquiatra americano dedicado a estudar seus componentes genéticos, passando a ser considerado uma “síndrome comportamental relacionada a um déficit cognitivo” (teoria corroborada por Baron-Cohen, 2015) e não uma psicose; antes, um distúrbio que sugere a relação autismo-deficiência mental. A partir de então, outros autores como Burack (1992) reforçaram a ideia de déficit cognitivo, frisando que o autismo deveria ser focado por

⁴ Em 2019, Sterwald e Baker (2019, p. 690-709), estudiosos também dedicados ao TEA, escrevem um artigo altamente crítico a respeito das teorias de Kanner, intitulado “Frosted intellectuals: how Dr. Leo Kanner constructed the autistic Family”. De fato, Kanner teria descrito os pais das crianças analisadas como “frios e obsessivos”, “pouco amorosos”, e este estereótipo de pais intelectuais persistiu por anos e anos depois de sua publicação, sendo reforçado, inclusive, pela *Time* em 1948 no artigo “Frosted children”. O mito da “mãe geladeira” (“refrigerator mother”) foi ainda lembrado por Bruno Bettelheim ao escrever “A fortaleza vazia” (*apud* 2023, p.4).

uma ótica desenvolvimentista e, portanto, relacionado mesmo à deficiência mental. Mais: pela difusão e abrangência, passou-se a pensar o autismo por sua “constelação comportamental”, por abordagem cognitiva, tanto pela perspectiva de uma exploração minuciosa quanto para o estabelecimento de conexões causais.

Muito recentemente, já no ano de 2023, uma nova pesquisa conduzida no UC Davis MIND Institute, da Universidade da Carolina do Norte (UNC), em conjunto com estudiosos no Infant Brain Imaging Study (IBIS), uma rede nacional de pesquisa de instituições como a UNC, a Washington University, o Children’s Hospital da Filadélfia e a University of Washington, foi publicada na importante revista *Biological Psychiatry* apresentando resultados que representam grandes avanços no diagnóstico do autismo infantil a partir da análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), conhecido como líquido (2024).

Segundo a pesquisa, a distribuição alterada de líquido cefalorraquidiano em crianças pode prever se elas vão desenvolver o transtorno do espectro autista (TEA). A análise por meio de ressonâncias magnéticas consiste num possível marcador precoce capaz de indicar chances de desenvolvimento do autismo em bebês a partir dos seis meses de idade. Para David Amaral (2024), diretor de pesquisa do UC Davis MIND Institute, “a existência de uma alteração na distribuição de fluido cefalorraquidiano que podemos ver em ressonâncias magnéticas tão cedo é uma descoberta importante”: o líquido cefalorraquidiano tem a função de absorver impactos evitando que o cérebro se choque com o crânio, entretanto, seu papel pode ir além, como controlar “a migração neural e de outros mecanismos associados ao desenvolvimento cerebral”, como a eliminação de moléculas “danosas”. Circulando pelo cérebro, o LCR elimina partículas de resíduos que, de outra forma, se acumulariam. O estudo reforça resultados anteriores do MIND Institute, agora através de uma amostra maior de bebês: 343 bebês com 6, 12 e 24 meses de idade. Dentre eles, 221 bebês tinham irmãos mais velhos com autismo e, portanto, tinham maior risco de desenvolver o transtorno; os outros 122 bebês não tinham antecedentes familiares. Observou-se em lactentes com aumento do líquido cefalorraquidiano no espaço subaracnóideo, ou seja, perto do perímetro do cérebro, um maior risco de desenvolver o autismo. Os bebês que mais tarde desenvolveram o TEA apresentaram significativamente mais líquido cefalorraquidiano subaracnóide aos seis meses do que aqueles que não desenvolveram o transtorno. Entre os bebês de alto risco, as medidas predisseram autismo no grupo com cerca de 70% de precisão. Em conclusão, atestou-se: “quanto mais líquido cefalorraquidiano extra-axial presente aos seis meses, mais graves os sintomas de autismo quando as crianças foram diagnosticadas aos 24 meses de idade” (SHEN, apud 2024). Em última análise, os estudos

revelaram que o líquido cefalorraquidiano poderá ajudar a avaliar o risco de uma criança desenvolver TEA e, possivelmente, outros distúrbios neurológicos.

Diagnóstico tardio de TEA: comorbidades psiquiátricas ou diagnósticos diferenciais?

Estudos epidemiológicos também desta década convergem em apontar que a prevalência do autismo em adultos, mais recentemente estudada, também fica em torno de 1%, atestando a sua continuação da infância à vida adulta – daí porque o conhecimento sobre sua distribuição populacional e sobre os fatores associados com sua ocorrência são relevantes para que sejam elaborados programas e políticas que atendam às necessidades dessa população desde a infância até o envelhecimento, incluindo olhares específicos para cada faixa etária.

Os estudos epidemiológicos comprovaram que a incidência do acometimento é maior em homens; que os adultos com transtorno do espectro autista tendem a ter menor instrução, a pertencer a um baixo nível socioeconômico, e a permanecer solteiros mais frequentemente em comparação à população geral. Tais como esses dados, os desfechos apontados para adultos com TEA eram precários até a década de 1990. A maioria dos acometidos permaneciam dependentes das famílias, e só 18% conseguiam viver de forma independente ou semi-dependente.

Dos anos 2000 para cá, com melhor assistência, as crianças passaram a ser diagnosticadas e orientadas mais precocemente, de forma que o prognóstico na vida adulta melhorou de maneira considerável. O desenvolvimento da linguagem é fator de melhor prognóstico e de adaptação social; a gravidade dos sintomas tende a diminuir na transição da infância à adolescência e para a vida adulta. No entanto, infelizmente ainda são poucos os estudos controlados sobre os diferentes tipos de intervenção para os adultos com TEA.

Segundo Del Porto (2023, p.3), as taxas de comorbidade entre os adultos com TEA são elevadas, “variando entre 25 e 30% na comunidade e chegando a 84% em amostras de pessoas atendidas em clínicas”. As mais comuns são ansiedade, depressão e transtorno obsessivo compulsivo (TOC); as psicoses não são mais elevadas do que na população geral, embora haja achados discrepantes. Cerca de 10% dos casos de TEA em adultos associam-se “com alterações cromossômicas ou outras doenças geneticamente determinadas” – como “síndrome do X frágil, esclerose tuberosa, síndrome de Rett etc. A associação com epilepsia varia entre 11 e 39%” (2023, p.3).

O diagnóstico do TEA em adultos implica dificuldades, como não ser possível obter as informações sobre o desenvolvimento dessas pessoas na infância, seja por falta de informantes

ou pelo viés da memória. Além disso, com frequência os acometidos procuram psiquiatras devido a comorbidades como ansiedade, depressão, toque, fobia social etc. Quadros considerados atípicos são, não raro, identificados equivocadamente como esquizoidia, personalidade esquizoide ou esquizofrenia. Os acometidos têm dificuldade em compreender as emoções de outrem, além de insight fraco em situações sociais e dificuldades na conversação usual, assim, são frequentemente rotulados com psicóticos, recebendo, muitas vezes sem necessidade, medicações antipsicóticas.

Já os pacientes com alto rendimento ou com síndrome de Asperger são os que mais apresentam dificuldades para serem adequadamente diagnosticados, vez que lhes faltam alguns elementos tidos como mais “típicos” do autismo, como o prejuízo da linguagem e as estereotípias usuais. O que se comprova, analisando adultos com TEA, é que esses apresentam: *i.* funcionamento psicossocial insatisfatório; *ii.* dificuldades em estabelecer sua independência devido à rigidez e às dificuldades contínuas de adaptação; *iii.* dificuldades extremas para planejar, organizar e enfrentar mudanças, gerando impacto negativo na vida acadêmica e profissional.

O acompanhamento do acometido adulto deve ser realizado por profissionais especializados, dado os diferenciais de “espectro” ou intensidade dos sintomas de TEA, que podem variar caso a caso: de indivíduos gravemente afetados com deficiência intelectual e com falta de habilidades de linguagem (baixo funcionamento) a indivíduos com deficiência intelectual e com boas habilidades de linguagem (alto funcionamento). Diante do conceito de espectro, passou-se a reconhecer a possibilidade de diagnosticar TEA também em indivíduos cujos déficits não se tornam totalmente manifestos até que determinadas demandas sociais expressem suas capacidades limitadas. Indivíduos com alta competência verbal e habilidade introspectiva, quando afetados, ainda podem atingir o nível comparativamente alto de funcionamento psicossocial, que costuma parecer normal, ao menos superficialmente.

Estudos mostram que 50 a 80% dos indivíduos com TEA de alto funcionamento (síndrome de Asperger) vivem de forma independente; e até 80% concluíram o ensino superior. Entre os instrumentos de rastreamento específicos para avaliação inicial de TEA na idade adulta há dois de “autoavaliação”: “quociente de espectro do autismo” e “quociente de empatia” (DEL PORTO et al: 2023, p.41). Além disso, há escalas que facilitam o reconhecimento do autismo e da síndrome de Asperger em adultos, como a RITVO (Ritvo Autism and Asperger Diagnostic Scale – Revised), criada pelo já nomeado Ritvo: escala de 80 itens compreendendo os domínios da interação social, linguagem, interesses circunscritos e itens sensório-motores. Os itens propostos dão conta da dificuldade no convívio social que, muitas vezes, é expressa pelo

discurso peculiar e pela dificuldade em compreender os sinais não verbais do interlocutor, além de hiperfoco, atenção a temas específicos e restritos, como astronomia, mapas geográficos, máquinas, classificação de animais... Os itens sensório-motores, por sua vez, contemplam a hiper ou hiporreatividade aos estímulos sensoriais, como dor, temperatura, sons, cheiros, fascinação visual por luzes ou movimentos etc. (RITVO, 1976)⁵.

Em 2016, foi publicado um estudo fenomenológico sobre o “autodiagnóstico de autismo em adultos” conduzido pela pesquisadora Laura Foran Lewis (2016, p.575-580). A autora atestou que há muitos livros que tratam do autismo, seja como relatos autobiográficos ou como autoajuda, assim como listas de sintomas aos quais os acometidos podem ter acesso via internet. Em que pesem as limitações e os riscos do autodiagnóstico, tais buscas têm seus aspectos positivos, na voz de Lewis, reconhecidamente pelo testemunho do participantes da pesquisa, que relataram sentir-se como se finalmente tivessem compreendido o próprio modo de ser; que foi um alívio saber que outras pessoas sentiam o mesmo – todos, enfim, nutridos de um sentimento de pertencimento.

Recorrer à busca online para um autodiagnóstico tem sido uma prática bastante comum na atualidade, bem mais rápida do que o diagnóstico profissional e, muitas vezes, descredibilizando ou inviabilizando a real necessidade de um diagnóstico formal para medidas terapêuticas. Isto leva a um desdobramento negativo e de risco: não ter acesso aos serviços de saúde, muitas vezes em consequência da dificuldade de comunicação e interação social.

Reconhecidamente, há uma grande falta de serviços de atendimento para o TEA em adultos, além das dificuldades referentes ao diagnóstico e às medidas terapêuticas psicoterápicas e /ou farmacológicas e assistenciais direcionadas a esse grupo. A correta identificação do TEA pode abrir novas perspectivas para o acolhimento desse grande contingente de pacientes que estão chegando, cada vez em maior número, ao nível de ensino superior. Que valham às universidades as Diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE *guidelines*, Reino Unido): é fundamental que os adultos com TEA passem por uma “avaliação abrangente e multidisciplinar, incluindo avaliação psiquiátrica, clínica, psicológica e por parte de profissionais de assistência social” (DEL PORTO et al: 2023, p.6). Acreditamos que, diferentemente do que vem acontecendo na comunidade acadêmica, o encaminhamento dos graduandos acometidos de TEA para grupos de suporte, orientação

⁵ Já o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5* (American Psychiatric Association, 2023), além de avaliar a gravidade dos sintomas, traz ainda especificadores para caracterizar: os quadros com ou sem prejuízo intelectual; com ou sem prejuízo da linguagem; associação com condições médicas ou genéticas conhecidas; com catatonia.

profissional e atendimento mais abrangente é o único meio realmente digno de facilitar seu verdadeiro acesso e seu sucesso nos desafios próprios ao nível superior de ensino.

Discussão e Resultados.

Inclusão e permanência de graduandos TEA.

Atendendo à necessidade de se pesquisar o TEA sob um olhar cognitivo, Baron-Cohen (1988, 1990, 1991) e Frith (1988) propuseram uma teoria cognitiva denominada “Teoria da Mente”, segundo a qual existem estados mentais que são utilizados para explicar ou prever o comportamento de outras pessoas. Para os teóricos, a capacidade de associação das meta representações estaria alterada nos indivíduos com TEA, impedindo-lhes, em muitos casos, de compreender as outras pessoas e, conseqüentemente, inibindo suas capacidades de experienciar a empatia. A ausência da capacidade de associação das autorrepresentações também faz com que o portador não consiga se engajar em atividades em que ela é necessária, como atividades em grupo, alguns jogos e dramatização, por exemplo, bem como faz com que esses indivíduos apresentem dificuldade em entender sinais mais subjetivos nas interações sociais, como a ironia, o sarcasmo, a timidez. À revelia dessas características negativas, o cérebro da pessoa com autismo, no hiperfoco, absorve novos aprendizados através de redes neuronais de preferência, que se firmam através das experiências vividas e/ou repetidas. Desta forma, podemos supor que o hiperfoco pode ser administrado ou criado em um determinado tema como benéfico se as experiências forem cuidadosamente planejadas para gerar motivação e interesse. Acreditamos que este fator, somado com o conhecimento sobre as especificidades de níveis de cada aluno dentro do Espectro Autista, podem ser o diferencial necessário para a elaboração de uma prática pedagógica inclusiva para este público.

No âmbito acadêmico, o aluno com autismo geralmente não é compreendido pelos professores e colegas pelo fato de ter regras próprias de comportamento que não são, muitas vezes, as mesmas que as dos demais, criando uma imagem excêntrica ou estranha. Daí a necessidade de um olhar mais crítico para as características deste indivíduo em relação ao ambiente de aprendizagem. Nesta perspectiva, [Pontis \(2022, p. 25\)](#) sugere algumas mudanças vistas como mecanismos pedagógicos, que vão desde conversas com o aluno, com sua família e com os profissionais que o acompanham, para direcionar conteúdos e métodos que sejam condizentes com seu nível de desenvolvimento cognitivo, e na própria estruturação da sala de aula para fazê-la “à medida do autismo”, garantindo a serenidade e favorecendo a aprendizagem desses alunos: *i*. Eliminar fontes de desconforto ambiental para a criança: ruídos incômodos,

risadas fortes, luzes intermitentes etc.; *ii.* Identificar claramente as fontes de distração (o que pode ser muito diferente de criança para criança); *iii.* Estruturar o espaço de forma compreensível; *iv.* Estruturar o tempo de forma previsível; *v.* Definir regras de comportamento claras; *vi.* Dedicar um espaço ao relaxamento ou descanso, no qual o aluno autista possa se “refugiar” quando os estímulos sensoriais criarem uma sobrecarga sensorial (PONTIS, 2022, p. 25).

O cuidado a tais adaptações poderá fazer que o aprendizado dos alunos com TEA seja mais calmo e eficaz, uma vez que as mudanças respeitam suas individualidades. No que tange às adaptações de espaço e tempo, Pontis salienta que os indivíduos com autismo precisam de um espaço que os faça se sentir seguros, confortáveis e, ao mesmo tempo, onde possam ficar sozinhos quando sentirem necessidade, por um tempo previsto, ou seja, de modo que possam acompanhar por um relógio, cronômetro ou celular, o tempo que têm para executar as atividades, os afazeres da rotina escolar. Pessoas com TEA se prendem fortemente a rotinas, então, é proveitoso que o seu tempo seja calculado e exibido de forma clara, evitando imprevistos que possam desencadear uma crise. Da mesma forma, o conforto e impressão de segurança de um aluno autista depende da organização da instituição que o acolhe. Para além das dependências da sala de aula, Maluf (2023) estabelece que a instituição ideal para um aluno com autismo deve reunir características fundamentais, como (*i.*) a manutenção de uma rede de cuidados que junte a família do indivíduo autista e outros profissionais que seguem o seu desenvolvimento no dia a dia, todos responsáveis por organizar as ações pedagógicas viáveis ao desenvolvimento integral do indivíduo, dentro do possível e do mais essencial; (*ii.*) a identificação das necessidades educacionais do educando autista nas diferentes áreas do conhecimento afim de lhe propiciar intervenções pedagógicas centradas nas possibilidades de ganhos, de crescimento, e não nas dificuldades; (*iii.*) propor alterações curriculares, possibilitando a personalização do ensino, ou seja, o respeito ao desenvolvimento integral do educando autista, de maneira individualizada, considerando seus interesses e dificuldades através de um empenhado trabalho conjunto entre os agentes educativos; (*iv.*) manter os profissionais comprometidos com as limitações do educando autista, enaltecendo aqueles cujas ações são mais zelosa e sensíveis, sugerindo conteúdos e materiais que integrem o indivíduo autista aos colegas de sala e organizando ações educacionais com propósitos direcionados (MALUF, 2023, p. 65-66). Saliente-se que o espectro corresponde a um quadro de extrema complexidade, exigente de abordagens multidisciplinares, visando, principalmente, a questão médica e a tentativa de se estabelecer etiologias e quadros clínicos bem definidos, passíveis de prognósticos precisos para terapias eficazes. O melhor desenvolvimento de todo adulto com

TEA, em maior ou menor grau, requer intervenções de um grupo profissional de colaboração. As intervenções multidisciplinares na vida adulta devem ter foco na autonomia, em dimensões de comunicação e preparação para emprego, além de melhoraria na qualidade de vida desses indivíduos e suas famílias. Demandam, portanto, um sistema de suporte muito mais complexo do que apenas o indivíduo acometido adentrar uma aula acadêmica de modo a se tentar garantir sua participação social. É preciso considerar as expectativas desse indivíduo e seus reais limites, visto que envolve características decorrentes não apenas de um quadro clínico, mas da própria personalidade subjacente, já então desenvolvida, bem como das demandas sociais que qualquer sociedade exige de um indivíduo adulto. Esse é o maior desafio que podemos pensar ao estudar esses quadros clínicos complexos num indivíduo adulto que adentra uma universidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos de curso de vida prometem uma abordagem que pode contribuir para a compreensão das trajetórias de desenvolvimento dos indivíduos com autismo e, em consequência, para o planejamento de momentos e modos de intervenção que permitam melhores desfechos do que os observados atualmente, sobretudo através da correta neuroplasticidade. Tais estudos proporcionam uma maior compreensão acerca da síndrome e dos obstáculos e dificuldades relacionados a ela ou dela decorrentes, possibilitando o desenvolvimento de estratégias adequadas ao manejo clínico dos casos; a compreensão da distribuição populacional dos acometidos; e a investigação de fatores potencialmente relacionados à sua determinação causal, favorecendo o planejamento de programas e políticas direcionados a essa população. Alicerçados no conceito de plasticidade cerebral e no apoio pedagógico como caminho para que os professores possam explorar ao máximo o potencial dos seus alunos com deficiência cognitiva, concordamos com Varella (2011) no entendimento de que “conceito de plasticidade cerebral está ligado à capacidade do organismo de promover a formação de novos neurônios (neurogênese)”. Em outras palavras, é possível desenvolver áreas do cérebro que não foram bem desenvolvidas pelo estímulo e repetição, o que causa uma migração e/ou produção de novos neurônios na área que está sendo trabalhada. Assim, alunos com deficiência cognitiva podem ter suas dificuldades diminuídas e suas capacidades estendidas a um ponto satisfatório com o estímulo certo.

Entendemos que o TEA é um transtorno de desenvolvimento neurológico e que há maneiras para oferecer uma educação de qualidade para indivíduos autistas, porém, não sem a consultoria colaborativa de profissionais especializados que, unidos aos professores e à família,

tecem uma teia de esforços junto do graduando para uma melhor qualidade de vida. Infelizmente, ainda é latente a falta de preparo dos profissionais para atuarem diante das dificuldades de pessoa com TEA e a dificuldade em manter os alunos autistas em ambientes escolares, devido à falta de recursos. Tais aspectos têm sido observados na literatura e ainda parecem seguir presentes, infelizmente, nos processos de inclusão escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)**. Porto Alegre: Artmed, 1996; 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. Porto Alegre: The Art of Medication, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- ASSUMPCÃO JR., F B; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.
- BARON-COHEN S. Social and pragmatic deficits in autism: cognitive or affective? **J Autism Develop Disord**, 1988, 379-401.
- BARON-COHEN S. **The development of a theory of mind in autism: deviance an delay?** *Psychiatry Clin. North Am*, 1991: p.33-52
- BRASIL. Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 6.253, de 13 de novembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo**, Brasília, DF, 17 set. 2008.
- BRASIL. **Política nacional de educação especial**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.
- BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3o do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo**, Brasília, DF, 27 dez. 2012.
- BURACK J A. Debate and argument: clarifying developmental issues in the study of autismo. **J Child Psychol Psychiatry**, 1992.
- DEL PORTO, J. A; ASSUNPCÃO JR, FB. **Autismo no adulto**. Porto Alegre: Artmed Ed., 2023.
- FOMBONNE E. Autism in adult life. **J Psychiatry**, 2012.
- INSPIRADOS PELO AUTISMO**. /www.inspiradospeloautismo.com.br/ Acesso em 19 de maio de 2024.
- FRITH U. Autism: possible clues to the underlying pathology. Psychological facts. In: Wing L. **Aspects of autism: biological research**. London: Gaskel Eds. & Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society: 1988. p. 1-10.
- GILLBERG G. Autism and pervasive developmental disorders. **J Child Psychol Psychiatry** 1990: 99-119.
- KANNER, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. **Nervous Child**, 2, 1943, 217-250.
- LEWIS, LF. Exploring the experience of self-diagnosis of autismo spectrum disorder in adults. **Arch Psychiatry Nurs**. 2016.
- MALUF, A C M. **Autista... e agora?** Teorias e práticas vivenciais. 1. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2023.
- PONTIS, M. **Autismo: o que fazer e o que evitar**: guia rápido para professores e professoras do ensino fundamental. Trad. M. Sbardelotto. Petrópolis, RJ: Vozes, 2022.
- RIBEIRO, D O; FREITAS, P M. Neuroplasticidade na educação e reabilitação cognitiva da deficiência intelectual. **Revista Educação Especial**, vol. 32, 2019, p. 1-20.
- RITVO ER, ORNITZ EM. Autism: diagnosis, current research and management. **Spectrum**, New York:

1976.

RUTTER M. Diagnosis and definition of childhood autism. **J Austin Child Schizophr**, 1978.

STERWALD C., BAKER I. Frosted intellectuals: how Dr. Leo Kranner constructed the autistic Family. **Perspect Biol Med.**, 2019: 690-709.

VYGOTSKY, L S. **Pensamento e linguagem**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VYGOTSKY, L S. Ciclo da Aprendizagem. **Revista Escola**. ed. 160, Fundação Victor Civita, São Paulo, 2003