



UNIVERSIDADE DE UBERABA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO: FORMAÇÃO DOCENTE
PARA EDUCAÇÃO BÁSICA
MESTRADO PROFISSIONAL

LUIZA HELENA ANDRÉ SANTOS CHIOVATO

PRÁTICAS EDUCATIVAS INCLUSIVAS PARA SALA DE AEE DO ENSINO
FUNDAMENTAL PARA ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

UBERLÂNDIA – MG

2023

LUIZA HELENA ANDRÉ SANTOS CHIOVATO

**PRÁTICAS EDUCATIVAS INCLUSIVAS PARA SALA DE AEE DO ENSINO
FUNDAMENTAL PARA ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação: Formação Docente para a Educação Básica – Mestrado Profissional da Universidade de Uberaba, para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Eloy Alves Filho.

Linha de pesquisa: Educação Básica: Fundamentos e Planejamento

UBERLÂNDIA – MG

2023

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central UNIUBE

C442p Chiovato, Luiza Helena André Santos.
Práticas educativas inclusivas para sala de AEE do ensino fundamental para alunos com transtorno do espectro autista / Luiza Helena André Santos Chiovato. – Uberlândia (MG), 2023.
65 f. : il., color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Uberaba. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação: Formação Docente para a Educação Básica. Linha de pesquisa: Educação Básica: Fundamentos e Planejamento.

Orientador: Prof. Dr. Eloy Alves Filho.

1. Educação inclusiva. 2. Autismo. 3. Práticas pedagógicas. I. Alves Filho, Eloy. II. Universidade de Uberaba. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação. III. Título.

CDD 371.9046

LUIZA HELENA ANDRÉ SANTOS CHIOVATO

|
PRÁTICAS EDUCATIVAS INCLUSIVAS PARA SALA DE AEE DO ENSINO FUNDAMENTAL
PARA ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Educação da Universidade de Uberaba, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 25/08/2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Eloy Alves Filho (Orientador)
Universidade de Uberaba – UNIUBE



Prof. Dr. Maria Rita de Aprile
Centro de Estudos de Cultura
Contemporânea - CEDEC



Prof. Dr. Claudiane Aparecida
Guimarães
Universidade de Uberaba – UNIUBE

Dedico essa conquista a Deus, ao meu marido e a meu filho, que nunca me abandonaram e sempre me incentivaram e me apoiaram. Amo vocês incondicionalmente!

AGRADECIMENTOS

"Tudo posso naquele que me fortalece"

Filipenses 4:13

Com humildade e gratidão, dedico esta conquista a Ti, Senhor. O meu Mestrado é fruto da Tua infinita sabedoria e orientação divina. Agradeço por me sustentares nas horas de dificuldade e por guiares meus passos em direção ao conhecimento.

Ao meu amado esposo, Robson Chiovato, dedico este título com amor e carinho. A tua presença ao meu lado foi meu maior estímulo durante toda a jornada acadêmica. Agradeço por compartilhar os desafios e as alegrias dessa caminhada, e por seres sempre o meu porto seguro. Esse Mestrado também é teu, pois juntos construímos nossos sonhos. Te amo imensamente!

Meu querido filho, Vitor Hugo, esta conquista é dedicada a ti, pois és a razão mais profunda do meu esforço e dedicação. Durante todo o percurso do Mestrado, tive você como minha inspiração. Desejo ser para ti um exemplo de perseverança e de busca pelo conhecimento. Que este título represente um legado de amor, educação e superação para tua vida. Sou imensamente orgulhosa de ser sua mãe. Amo você!

Aos meus amados pais, Ana Maria e Magno, dedico essa conquista como uma expressão de gratidão pela dedicação incansável que tiveram em me educar e me proporcionar todas as oportunidades. Sem o amor, o apoio e os ensinamentos de vocês, não seria possível. Sei que cada sacrifício que fizeram foi pensando no meu bem-estar e no meu futuro. Espero que se sintam tão orgulhosos de mim quanto eu me sinto de ser filha de vocês. Amo vocês eternamente.

Às minhas queridas irmãs, Aline Cristina e Ana Paula, com imensa alegria e gratidão, dedico a vocês o meu Mestrado. Vocês estiveram ao meu lado, incentivando-me e celebrando minhas conquistas. Sei que a distância não diminuiu o carinho e a cumplicidade que compartilhamos.

À equipe docente que iluminou meu caminho, em especial ao meu orientador Professor Dr. Eloy Alves Filho, com profunda admiração e gratidão, dedico este título a cada um de

vocês. Vocês foram os verdadeiros guias durante toda essa jornada acadêmica, abrindo as portas do conhecimento e me impulsionando a alcançar o melhor de mim.

Aos nossos pacientes e seus familiares, vocês são o coração do meu trabalho e a razão pela qual escolhi seguir essa carreira. Cada encontro com vocês é uma fonte valiosa de aprendizado e crescimento. Suas histórias de vida, coragem e resiliência me ensinaram lições profundas sobre empatia, compaixão e humildade. Cuidar de vocês tem sido uma honra e um privilégio, e cada avanço que alcancei no Mestrado é também um avanço em nossa jornada conjunta em busca de saúde e bem-estar.

Aos estimados membros da equipe Cognitiva, é com grande satisfação e carinho que dedico este título a cada um de vocês. Saibam que tenho um profundo respeito e admiração por cada um de vocês. Somos mais fortes juntos e é uma honra compartilhar este momento especial com colegas tão dedicados e talentosos.

“Incluir é validar a existência de alguém”.

Fatima de Kwant

PRÁTICAS EDUCATIVAS INCLUSIVAS PARA SALA DE AEE DO ENSINO FUNDAMENTAL PARA ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

RESUMO

A inclusão ainda é uma realidade nova para os professores. A presença de alunos com necessidades educacionais especiais tem provocado nos educadores sentimento de impotência, frustração e angústia frente às limitações dos alunos e das suas próprias limitações, por não conseguirem oferecer atendimento individualizado a esses alunos (MATOS; MENDES, 2014). Portanto, as especificidades apresentadas pelas pessoas com diferentes características, como as síndromes, aliadas ao desenvolvimento de uma prática pedagógica não específica, dificulta o trabalho de intervenção. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o panorama do Transtorno do Espectro Autista (TEA), analisar algumas das políticas públicas e discutir práticas educativas que possam contribuir para o processo de inclusão e aprendizagem de alunos/as com TEA. Metodologicamente optou-se pela pesquisa bibliográfica e qualitativa, que compreendem um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Esta pesquisa visa a propor práticas educativas em salas de Atendimento Educacional Especializado (AEE) da educação básica do ensino fundamental – anos iniciais que atendam crianças nível 1 de suporte com Transtorno do Espectro Autista.

Palavras-chave: Autismo; inclusão; práticas pedagógicas.

INCLUSIVE EDUCATIONAL PRACTICES FOR ELEMENTARY SCHOOL AEE CLASSROOM FOR STUDENTS WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

ABSTRACT

Inclusion is still a new reality for teachers. The presence of students with special educational needs has caused educators a feeling of impotence, frustration and anguish in the face of the students' limitations and their own limitations, as they are unable to offer individualized assistance to these students (MATOS; MENDES, 2014). Therefore, the specificities presented by people with different characteristics, such as syndromes, combined with the development of a non-specific pedagogical practice, makes intervention work difficult. The general objective of this research was to analyze the panorama of Autism Spectrum Disorder (ASD), analyze some public policies and discuss educational practices that can contribute to the process of inclusion and learning of students with ASD. Methodologically, we opted for bibliographic and qualitative research, which comprise a set of different interpretative techniques that aim to describe and decode the components of a complex system of meanings. This research aims to propose educational practices in Specialized Educational Assistance (AEE) rooms in basic education in elementary school - early years that serve level 1 children with Autism Spectrum Disorder.

Keywords: Autism; inclusion; pedagogical practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis de Suporte	29
Figura 2 – Quantidade de diagnósticos em crianças de 8 anos nos Estados Unidos.....	36

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ABA	<i>Applied Behavior Analysis</i> ou Análise do Comportamento Aplicada
AEE	Atendimento Educacional Especializado
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> ou Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPTEA	Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
CNE	Conselho Nacional de Educação
COVID	<i>Coronavirus Disease</i>
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EIP	<i>Early Intervention Project</i>
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMEPAC	Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos
INES	Instituto Nacional de Educação de Surdos
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAEE	Professor de Atendimento Educacional Especializado
PDI	Plano de Desenvolvimento Individual
PMMG	Polícia Militar de Minas Gerais
PNEEPEI	Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva

TEA	Transtorno do Espectro Autista
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TID	Transtorno Invasivo do Desenvolvimento
TPD	Transtorno Pervasivo do Desenvolvimento
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIPAC	Centro Universitário Antônio Carlos

SUMÁRIO

MEMORIAL: apresentação da pesquisadora.....	14
INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Contextualização do tema.....	20
1.2 Organização da dissertação.....	22
1.3 Metodologia.....	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	25
2.1.1 TEA: uma perspectiva histórica.....	25
2.1.2 Níveis de suporte.....	28
2.2 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).....	29
2.3 Classificação Internacional de Doenças – CID.....	32
2.4 Causas e prevalência do Autismo.....	34
2.5 Análise do Comportamento Aplicado – ABA.....	38
2.6 Políticas Públicas de Inclusão.....	40
2.6.1 Lei de Inclusão.....	40
2.6.2 Lei Romeo Mion.....	47
2.7 Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e Inclusão.....	48
2.8 Atendimento Educacional Especializado – AEE.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIA.....	55
APÊNDICE - PRODUTO EDUCACIONAL.....	633

MEMORIAL: apresentação da pesquisadora

“Se uma criança não pode aprender da maneira que é ensinada, é melhor ensiná-la da maneira que ela pode aprender.”

Marion Welchmann

Sou Luiza Helena André Santos Chiovato, mãe, esposa, filha, irmã, empresária e eterna estudante. Apaixonada por livros (de preferência de papel), música (as mais antigas possíveis) e encantada por aprender e ensinar. Faço mestrado por uma realização pessoal e profissional, mas chegar aqui não foi tão fácil assim. Então vou começar do início.

Nasci em Cruzeiro do Sul, no Acre, em 1988, filha da Ana Maria, mãe coruja e dona de casa, empreendedora nata e amante dos livros; e do Magno, um homem comprometido e super responsável com seu trabalho, militar do exército e uma das pessoas mais justas que já conheci. Ambos me ensinaram a respeitar o próximo e a querer fazer do mundo um lugar muito melhor para se viver, sempre se pautando nos estudos. Tenho duas irmãs mais novas, Aline Cristina, uma pessoa super atenciosa e generosa e Ana Paula, uma mulher forte e determinada, que alcança seus objetivos com êxito.

Meu pai, em razão do trabalho, era transferido de cidade com frequência, o que fez que eu estudasse em várias escolas e conhecesse diferentes lugares. Por um lado, era bom, pois conheci diversas culturas e pessoas diferentes, mas me fez ser muito mais fechada e sempre ter um receio de criar amizades, afinal, não sabia quanto tempo iria durar essa amizade.

Sempre fui uma criança muito curiosa e apaixonada por descobrir o porquê de tudo. Durante minhas aulas anotava tudo o que os professores falavam, e o que eu não entendia, quando saía da sala de aula, corria à biblioteca e pesquisava o que tinha ficado com dúvidas. Esse meu desempenho chamava atenção dos funcionários das escolas em que estudei, o que me garantiu um relacionamento muito bom com todos eles. Todavia, por conta do meu jeito mais fechado, acabei não tendo muitas amizades com meus colegas de turma e, em algumas escolas em que estudei, sofri muito bullying, o que me fez ter depressão com muito pouca idade.

Tive muitos professores que me incentivaram e me ajudaram de muitas maneiras e isso fez com que crescesse a minha vontade de ser professora e fazer com que meus alunos fossem

tocados como eu fui. Com isso, decidi fazer Letras na faculdade. Fui aprovada no vestibular para estudar na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e comecei o curso assim que finalizei o ensino médio. Nessa mesma época, conheci o Robson e começamos a namorar. Ele era o meu oposto, super comunicativo e com uma alegria contagiante.

No meio do curso, decidi transferir para a Universidade Presidente Antonio Carlos (UNIPAC) (hoje Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC)), em Araguari, e finalizar minha graduação mais perto de casa, o que foi muito bom. Lá conheci muita gente diferente, pois fazia aula em períodos e cursos diferentes, portanto fiz contato com muita gente que me ajudou muito no decorrer da minha vida.

Nas últimas semanas de aulas da faculdade, em novembro de 2010, Robson e eu nos casamos e, em razão do trabalho dele, fomos morar em Alcobaça, no litoral da Bahia. Essa mudança foi um divisor de águas na minha vida, pois, longe de casa, fez-me amadurecer muito como pessoa e principalmente profissionalmente. A princípio, moramos por seis meses na beira da praia, o que foi uma experiência única. Então passei em um concurso público para professora no município de Caravelas, a aproximadamente vinte quilômetros de onde morávamos. Para facilitar o meu trabalho, mudamo-nos para Caravelas.

Em Caravelas, comecei a lecionar em várias escolas e fomos percebendo a carência em escolas de qualidade na região, o que fez com que decidíssemos abrir uma escola particular, o Colégio Alfa – Rede Pitágoras. E o que começou com quatro turmas de ensino fundamental cresceu até ser uma escola de referência na região. Atendemos a alunos de dois anos da educação infantil até adolescentes do ensino médio. O convívio com eles fez com que eu mudasse muito o meu jeito fechado e passasse a levar a vida de maneira mais tranquila.

Em 2013, comecei o mestrado na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), na área de Linguística e foi uma experiência maravilhosa. Cursei disciplinas sanduíche na Universidade de Campinas (UNICAMP) e aprendi muito, porém não consegui conciliar estudos e a escola e acabou prejudicando minha saúde, o que só piorou a situação e fez com que eu perdesse o prazo para defesa da dissertação. Foi difícil assumir que fracassei e não tinha conseguido finalizar o curso. Até hoje me dói muito ao lembrar o quanto me esforcei para cumprir todas as disciplinas e estágio e não finalizar o curso.

No ano de 2015, uma aluna do Colégio Alfa me chamou a atenção para outra realidade que desconhecia. Andréia foi matriculada em nossa escola com dois aninhos e o choro dela era muito intenso. Parecia não nos escutar e não queria ficar na escola com ninguém. Era muito diferente de todas as crianças que já tínhamos recebido, sendo assim orientei a mãe a tentar

outra escola para ela, pois tinha medo de traumatizá-la. A mãe tirou-a da escola e procurou ajuda profissional, pois também percebia alguns comportamentos diferentes. A criança recebeu, então, o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). A mãe voltou a nos procurar e fazer a matrícula dela para o próximo ano letivo. Confesso que senti medo de não estar preparada para recebê-la, mas me comprometi e disse que nossa equipe estaria pronta para atender às necessidades da Andréia do jeito que ela merecia.

Comecei imediatamente o curso de Psicopedagogia em Teixeira de Freitas e a estudar muito sobre o Autismo e me apaixonei pelo assunto. Preparei toda a equipe e os alunos, e não só recebemos a Andréia como ela precisava, como acabamos virando uma referência em escola inclusiva. Ela me ensinou muito e fez com que percebesse que a prática é muito mais difícil do que a teoria, mas vale muito mais a pena.

Em novembro de 2016, precisei fazer uma cesárea de urgência para retirar uma gravidez nas trompas e 40 dias depois descobri que ainda estava grávida. Era uma gravidez heterotópica (nas trompas e no útero ao mesmo tempo). Foi um misto de sentimentos, muita alegria, muito medo, pois Caravelas, na época, era uma cidade muito precária em atendimento em saúde. Além disso, sentia muita saudade da família. Vitor Hugo nasceu no dia 07 de julho de 2017 e esse foi o dia mais feliz da minha vida. Ele era perfeitinho e muito saudável e me trouxe uma sensação de gratidão muito grande. Eu só pensava o quanto Deus fazia tudo da maneira e no tempo certo.

Desde o nascimento do Vitor Hugo, não me sentia bem em Caravelas. Sentia que precisava voltar para Araguari, ficar perto da família, deixar nosso filho apreciar os avós e colecionar momentos e lembranças. Robson estava para concluir o curso de Engenharia Civil e então nos decidimos então vender tudo e voltar para nossa cidade.

Quando voltamos foi muito difícil recomeçar, pois meu marido e eu passamos por momentos complicados até sermos reconhecidos profissionalmente novamente, e quando estava tudo se ajustando surgiu uma nova doença que parou o mundo, a COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), que é uma infecção respiratória provocada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (Schuchmann *et al.*, 2020). A doença foi identificada em dezembro de 2019, depois de surto de pneumonia de causa desconhecida, envolvendo casos de pessoas que tinham em comum o Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia (Schmidt *et al.*, 2020). À medida que houve a progressão da doença, muitos países adotaram medidas de isolamento social rigoroso, isto é, uma quarentena

modificada, para reduzir a transmissão do vírus, evitando o contágio da população e consequentemente diminuindo sua propagação e o número dos doentes (Xiao, 2020).

Na época, Robson e eu tínhamos montado um espaço para que eu atuasse na área da psicopedagogia e, por meio período, eu lecionava no Colégio Tiradentes PMMG - Rainha da Paz no ensino fundamental I – 5º ano. Com a pandemia e o isolamento, optamos por fechar o espaço de atendimento e permanecer somente com as aulas online da escola. Em 2021, ainda estávamos de forma remota e em isolamento social. Nesse ano, assumi dois turnos da escola, um no Ensino Fundamental anos iniciais – 5º ano e outro nos anos finais – 7º ano. Durante esse período, finalizei meu curso de Pedagogia, fiz a pós-graduação em Análise Aplicada do Comportamento (ABA), e diversos cursos na área da psicologia comportamental.

Com a redução do isolamento, os pais começaram a me procurar para atendimentos psicopedagógicos. Então decidimos reabrir o espaço, mas com uma nova proposta, ou seja, com uma equipe multidisciplinar, para que pudéssemos prestar um serviço de maneira interdisciplinar baseado em evidências científicas com a ciência ABA. Papim e Sanches (2013) relatam que o método mais utilizado para trabalhar com alunos com autismo é a ABA, a qual se utiliza da avaliação comportamental para ajudar, não só no comportamento, mas para estabelecer a base para que a aprendizagem aconteça.

O termo em inglês *Applied Behavior Analysis* (ABA), traduzido em português para Análise do Comportamento Aplicada, baseia-se na filosofia de Skinner, psicólogo behaviorista radical que fez diversos estudos sobre o comportamento humano, saindo da visão simplista que os behavioristas anteriores apresentavam (Watson e Pavlov). A ABA estuda o ser humano e suas diversas interações com o ambiente, entendendo o mesmo como coisas materiais, socializações, história de vida e interação com o próprio ser (Moreira; Medeiros, 2007).

Carvalho Neto (2002) define a ABA como:

[...] o campo de intervenção planejadas dos analistas do comportamento. Nela, estariam assentadas as práticas profissionais mais tradicionalmente identificadas como psicológicas, como o trabalho na clínica, escola, saúde pública, organização e onde mais houver comportamento a ser explicado e mudado. Nessas áreas, há uma exigência por resultados e uma relação diferente da acadêmica. (Carvalho Neto, 2002, p. 56).

Hoje estamos com duas unidades de atendimento na cidade de Araguari e nosso maior público são crianças autistas, mas atendemos de crianças a idosos, típicos e atípicos, com diagnóstico ou para avaliação, e participamos efetivamente da evolução de cada um juntamente com a família e a escola de cada paciente. Auxiliamos as famílias da maneira mais humana

possível e compartilhamos de cada angústia por uma sociedade mais inclusiva. E a maior queixa dos professores é em relação a não saber como agir quando recebem um aluno com diagnóstico autista em sua sala de aula.

Estudei muito sobre o tema e senti que chegara um momento que precisava avançar nos estudos para alcançar meus objetivos. Pensando nisso, voltei a fazer o mestrado, com a intenção de analisar e auxiliar esses professores a receberem seus alunos autistas da maneira mais inclusiva e humana possível. Não tenho a ilusão de que mudarei a realidade educacional, mas se ao menos um professor perceber seu aluno e tratá-lo de maneira mais respeitosa já estarei satisfeita.

INTRODUÇÃO

A inclusão ainda é uma realidade nova para os professores e pode ser compreendida tanto como “uma condição necessária para a diminuição das desigualdades quanto para a constituição de uma forma de vida mais democrática e participativa na contemporaneidade” (Fröhlich; Lopes, 2018).

A inclusão escolar visa a garantir que todos os estudantes tenham acesso a uma educação de qualidade em um ambiente inclusivo. Além de beneficiar os alunos com deficiência, promove o respeito à diversidade e desenvolve habilidades sociais nos demais estudantes. A inclusão escolar passa a ser lida como “uma das estratégias contemporâneas mais potentes para que o ideal da universalização dos direitos individuais seja visto como uma possibilidade” (Lopes; Fabris, 2013)

Educadores desempenham um papel fundamental, adaptando práticas pedagógicas, enquanto a escola deve oferecer recursos e suporte adequados. Investimentos em políticas públicas e formação de professores são essenciais para uma inclusão efetiva, construindo um futuro mais justo e plural.

A presença de alunos com necessidades educacionais especiais tem provocado nos educadores sentimento de impotência, frustração e angústia frente às limitações dos alunos e das próprias limitações, por não conseguirem oferecer atendimento individualizado a esses alunos (Matos; Mendes, 2014). Portanto, as especificidades apresentadas pelas pessoas com diferentes características, como as síndromes, aliadas ao desenvolvimento de uma prática pedagógica não específica, dificulta o trabalho de intervenção.

Segundo determinação do Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011, foram instituídas as salas de Atendimento Educacional Especializado (AEE) com o intuito de:

O atendimento educacional especializado deve integrar a proposta pedagógica da escola, envolver a participação da família para garantir pleno acesso e participação dos estudantes, atender às necessidades específicas das pessoas público-alvo da educação especial, e ser realizado em articulação com as demais políticas públicas. (Brasil, 2011)

Uma sala de AEE é um espaço destinado a proporcionar suporte educacional individualizado e adaptado a estudantes com necessidades especiais. Essa sala é um ambiente

inclusivo, onde profissionais especializados trabalham para atender às necessidades específicas de cada aluno, garantindo que eles tenham acesso igualitário a uma educação de qualidade.

Uma sala de AEE é projetada para atender a diferentes tipos de deficiências, como deficiências intelectuais, físicas, sensoriais, TEA, entre outros. Os profissionais que trabalham nessas salas são especializados em educação inclusiva e têm experiência em adaptar e personalizar o ensino para atender às necessidades individuais de cada aluno.

De acordo com Rodrigues (2008), o objetivo principal de uma sala de AEE é promover a igualdade de oportunidades educacionais para todos os estudantes, independentemente de suas necessidades especiais. Isso é alcançado por meio de estratégias e de recursos pedagógicos específicos, que são adaptados de acordo com as necessidades individuais de cada aluno. Esses recursos podem incluir materiais didáticos diferenciados, estratégias de ensino específicas, apoio psicopedagógico, recursos de tecnologia assistiva e intervenções terapêuticas, conforme necessário.

Além disso, a sala de AEE também pode ser um espaço em que os alunos podem receber suporte emocional e social, aprendendo a lidar com suas dificuldades de uma maneira positiva e fortalecedora. Os profissionais da sala de AEE trabalham em estreita colaboração com os professores da sala de aula regular, fornecendo orientação e estratégias para garantir a inclusão e o progresso acadêmico dos alunos com necessidades especiais.

Em suma, uma sala de AEE é um ambiente dedicado a fornecer suporte educacional personalizado e adaptado a estudantes com necessidades especiais. É um espaço inclusivo que busca promover a igualdade de oportunidades educacionais, atendendo às necessidades individuais dos alunos e os ajudando a alcançar seu pleno potencial acadêmico e pessoal (Brasil, 2010).

Esta pesquisa, portanto, visa a auxiliar professores da sala de AEE da educação básica do ensino fundamental – anos iniciais - com práticas educativas inclusivas para que possam aplicá-las em seus atendimentos e assim possam incluir crianças autistas de nível 1 de suporte, que apresentam dificuldade de aprendizagem nos conteúdos trabalhados.

1.1 Contextualização do tema

De acordo com o relatório do Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), publicado em março de 2023, uma em cada 36 crianças aos oito anos de idade

é diagnosticada com TEA. Esse número representa um aumento de 22% em relação ao estudo anterior, divulgado em dezembro de 2021, que estimava que uma em cada 44 crianças apresentava TEA em 2018 (Maenner, Warren, Williams, 2023).

No Brasil, ainda não existem dados estatísticos acerca desse índice, no entanto, calcula-se que há 600 mil pessoas com o espectro de autistas. Atualmente, o autismo ocupa o terceiro lugar no ranking entre os distúrbios das desordens do desenvolvimento, ocorrendo de 30 a 140 casos por 10.000 pessoas, estando à frente das malformações congênitas e da síndrome de Down (Oliveira, 2001; Gadia, 2004).

Ao transpor essa prevalência para o Brasil, podemos calcular o número de pessoas com TEA no país. Com uma população estimada em aproximadamente 215.902.000 habitantes, segundo dados de julho de 2021 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dividir esse número por 36 e multiplicar pelo valor percentual encontrado nos EUA (2,777...%) resulta em cerca de 5.997.222 pessoas vivendo no espectro autista no Brasil.

Esses dados reforçam a importância de uma maior atenção e cuidado com a saúde mental, bem como a necessidade de investimentos em políticas públicas voltadas para o diagnóstico precoce e para o suporte a pessoas com TEA e suas famílias.

Com o objetivo de entender a prevalência do autismo no Brasil e comprovar esses números, o IBGE incluiu, pela primeira vez, o autismo em suas estatísticas. A intenção é mapear quantas pessoas vivem com o transtorno e quantas ainda podem tê-lo, mas ainda não receberam o diagnóstico.

Essa mudança foi realizada após a sanção da Lei 13.861/2019, que obriga o IBGE a inserir perguntas sobre o autismo no Censo de 2020. Devido à pandemia de COVID-19, a coleta de dados, que seria realizada em 2020, foi adiada para 2022 e até o presente momento ainda não está finalizada.

O artigo 5º da Constituição Federal (CF) determina que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. São direitos constitucionais garantidos pela Constituição Federal de 1988 aos cidadãos do nosso país, independentemente de ter ou não alguma deficiência.

O TEA está enquadrado no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015), que objetiva assegurar e promover os direitos e liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, que é considerada: “aquela que tem um impedimento de longo prazo, de natureza física, mental,

intelectual ou sensorial (...) que obstrua sua participação na sociedade (...) em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2015).

Além do amparo da norma inclusiva, as pessoas com TEA também podem contar com o apoio da Lei nº 12.764/2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que lhes assegura diversos direitos, entre eles, o atendimento prioritário nos sistemas de saúde pública e privada.

Independente do TEA, toda criança (até 12 anos incompletos) e adolescente (entre 12 e 18 anos de idade) têm direitos previstos em lei. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal, define as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento, que demandam proteção integral e prioritária por parte da família, da sociedade e do Estado.

É previsto, por exemplo, direito ao desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. O direito à saúde, à vida, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária são previstos no Estatuto (Brasil, 1990).

É importante ressaltar que a Política Educacional vigente em nosso país é enfática ao prever que as escolas regulares ofertem de forma complementar e/ou suplementar o AEE (Brasil, 2011). Apesar disso, a realidade de docentes frente a uma sala de AEE ainda é muito desafiadora, sendo assim esta pesquisa visa a contribuir para práticas educativas em salas de AEE da educação básica.

Para nosso estudo, o objetivo geral é propor práticas educativas em salas de AEE dos anos iniciais da educação básica do ensino fundamental que atendam crianças nível um de suporte com TEA. Para que o objetivo geral fosse alcançado, foi necessário refletir sobre a construção de objetivos específicos os quais se basearam em compreender o que é o Transtorno do Espectro Autista – TEA; e entender o percurso histórico das políticas públicas de inclusão de pessoas com TEA; para apresentar um produto em formato de proposta didática para se trabalhar com alunos da sala de AEE.

1.2 Organização da dissertação

Esta dissertação compreende, além desta introdução, a seção de Referencial Teórico, na qual se apresentam apontamentos sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), sobre o

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), sobre a Classificação Internacional de Doenças – CID. Ainda se apresentam as informações sobre causas e prevalência do autismo, sobre a Análise do Comportamento Aplicado (ABA), sobre as Políticas Públicas de Inclusão. E finaliza a seção de fundamentação Teórica trazendo dados sobre a Base Nacional Comum Curricular e sobre o Atendimento Educacional Especializado (AEE). Esmiuçando, a seção apresenta o que é o Autismo, um olhar reflexivo sobre a história e o conceito. Nela, abordamos as perspectivas históricas do TEA; dos critérios para diagnóstico, bem como o que é o espectro, níveis de suporte, prevalência e tratamento; a seção seguinte tem o objetivo de discutir as políticas públicas de inclusão de discentes autistas na Educação Básica brasileira, propondo analisar como o autismo foi sendo nomeado e concebido no campo da Educação Especial em políticas públicas nacionais e documentos publicados pelo Ministério da Educação no Brasil. Na seção seguinte, trazem-se apontamentos sobre a sala de AEE, quem pode atuar no AEE e qual seu público-alvo, bem como quais os tipos de atendimentos realizados nessa sala.

Em seguida, apresentam-se as considerações finais, seguidas das Referências e, por fim, é apresentado o “Produto” deste trabalho, o qual definimos como práticas educativas inclusivas, que objetiva trabalhar o fonema “r” com alunos do ensino fundamental com TEA e como essas práticas auxiliam os professores no planejamento e na organização do ensino, permitindo uma melhor progressão do aprendizado dos alunos.

1.3 Metodologia

No aspecto metodológico do estudo, optamos pela pesquisa qualitativa, que compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação (Maanen, 1979a, p.520 *apud* Neves, 1996).

A pesquisa tem como ponto de partida a escolarização do autista com ênfase nas práticas pedagógicas desenvolvidas para professores de apoio da Sala de AEE, voltados para o Ensino Fundamental I do ensino regular que atendem a alunos diagnosticados com autismo, que requerem um nível de suporte leve.

Partimos da pesquisa teórica, com o intuito de atender aos objetivos propostos. Buscamos produções existentes em acervos públicos e privados de bibliotecas das universidades brasileiras, na literatura e nos bancos de teses e dissertações da CAPES e de universidades brasileiras, trabalhos que envolvessem as temáticas referentes a partir das seguintes palavras-chave: “autismo”, “aprendizagem”, “inclusão”, “educação infantil”. Com revisão de literatura em artigos, livros e publicações da área da educação publicados nos últimos dez anos, para compreender mais sobre a inclusão escolar e como contribuir para que professores de apoio de AEE possam diversificar atividades realizadas com alunos autistas.

Conforme pesquisa realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), 1,638 trabalhos foram publicados com a palavra-chave: “autismo”, sendo somente 90 na área da educação. Já com a palavra-chave “inclusão escolar” foram encontradas em 7,796 publicações. Portanto, este trabalho tem muita relevância para a área da educação inclusiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, apresenta-se o aporte teórico que serviu de base para realização deste estudo. Esta seção de fundamentação teórica está dividida em subseções que visam a apresentar, em princípio, questões relacionadas ao TEA, considerando a perspectiva histórica e níveis de suporte. Também são abordados aspectos sobre o DSM, sobre a Classificação Internacional de Doenças (CID) e sobre a ABA; em continuidade, traz apontamentos sobre as causas e prevalência do TEA. Em seguida, trazem-se apontamentos sobre as políticas públicas como a Lei de Inclusão e sobre a Lei Romeo Mion; acrescenta-se a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e inclusão. Por fim, apresentam-se questões sobre o Atendimento Educacional Especializado (AEE).

2.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Nesta subseção, apresentam-se questões relacionadas ao TEA no concernente ao contexto histórico e aos níveis de suporte.

2.1.1 TEA: uma perspectiva histórica

TEA é um transtorno do desenvolvimento que engloba atrasos e comprometimentos nas áreas de interação social e linguagem incluindo uma ampla gama de sintomas emocionais, cognitivos, motores e sensoriais (Greenspan; Wieder, 2006). O termo “Autismo” vem da palavra grega “autos”, que significa “próprio”, significa, literalmente, viver em função de si mesmo.

Em 1942, o psiquiatra Leo Kanner descreveu sob o nome "distúrbios autísticos do contacto afetivo" um quadro caracterizado por autismo extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia. Foi utilizado pelo autor tendo como base a terminologia originalmente concebida por seu colega suíço Eugene Bleuler. Segundo Rocha *et al.* (2020), esse termo foi usado na literatura

psiquiátrica em 1911, por Bleuler, para descrever as sintomatologias da esquizofrenia, para descrever pacientes doentes em se isolar do ambiente (Newschaffer *et al.*, 2007).

A primeira descrição dessa síndrome foi apresentada por Leo Kanner, em 1943, com base em onze casos de crianças que ele acompanhava e que possuíam algumas características em comum, quais sejam: incapacidade de se relacionarem com outras pessoas; severos distúrbios de linguagem (sendo essa pouco comunicativa) e uma preocupação obsessiva pelo que é imutável (*sameness*). No período em que Kanner iniciou suas pesquisas na área, as crianças com transtorno psiquiátrico grave eram frequentemente diagnosticadas em uma única e ampla categoria denominada esquizofrenia. Contudo, a conexão entre autismo e esquizofrenia não se deu apenas no início da distinção entre esses dois diagnósticos. Kanner observou que alguns sintomas clinicamente verificáveis eram similares, tais como retraimento social e irritabilidade (Adler; Minshawi; Erickson, 2014).

Bosa e Callias (2002) menciona que, para Kanner, a característica chave do autismo era a percepção insistente e obsessiva na manutenção de rotina, limitação de atividades espontâneas, medos e fortes reações a ruídos e a objetos em movimento, além de rituais elaborados, brinquedos estereotipados, privados de criatividade. “Essas observações do autor representam o embrião das noções contemporâneas de que o senso de previsibilidade e controle sobre as situações facilita a adaptação e a aprendizagem de indivíduos com autismo e têm implicações para intervenções” (Bosa; Calias, 2002).

No mesmo ano de 1943, o cientista austríaco Hans Asperger propôs um estudo com definições similares às de Kanner, em que propunha uma abordagem autística. Ele descreveu crianças com características semelhantes às do autismo, com dificuldade de se integrar socialmente, mas com habilidades intelectuais preservadas e sem atraso de desenvolvimento neuropsicomotor. Essas crianças apresentavam falta de habilidades na linguagem verbal, demonstravam limitada empatia por seus pares e eram “desajeitadas” fisicamente.

Tanto Kanner quanto Asperger descreveram crianças com habilidades cognitivas irregulares, habilidades extraordinárias, particularmente no campo da memória e das habilidades visuais, que coexistem com profundos déficits de senso comum e de julgamento (Tuchman; Rapin, 2009). A diferença entre os estudos dos dois foi o modo como cada um interpretou o comportamento dos grupos. Kanner observou que três das onze crianças não falavam e as demais não utilizavam as capacidades linguísticas que possuíam; notou comportamentos autoestimulatórios e movimentos estranhos. Asperger, no entanto, notou interesses intensos e incomuns, rotinas repetitivas e apego a certos objetos. Essas diferenças de

interpretação fizeram com que formulassem as chamadas “Síndrome de Asperger” e “Autismo de Kanner”.

Eisenberg e Kanner (1943) relatam sobre a linguagem das crianças, nas quais, três não verbalizavam e oito verbalizavam. As crianças verbais demonstravam ótima capacidade de memorização, decorando frases, numerações e letras do alfabeto de forma rápida e eficaz, porém não existia comunicação ativa, consequência de uma ecolalia tardia, ou seja, repetição de palavras e números que eles ouviram em algum momento. Segundo Mergl *et al.* (2015), “Algumas crianças autistas apresentam ecolalia e a utilizam como um dispositivo de comunicação, com uso da repetição como confirmação do desejo, mecanismo de regulamento do comportamento ou o meio de falar quando ainda são incapazes de usar palavras livremente”.

Já Ferreira (2008) aponta que existem alguns sinais e sintomas que estão diretamente relacionadas com o autismo, os quais são descritas abaixo.

- Convulsões: Estima-se que muitos dos indivíduos autistas também tenham convulsões, que geralmente aparecem na primeira infância e na puberdade. As convulsões podem variar de leves a crises convulsivas fortes, como ataques epiléticos, que podem afetar significativamente as funções mentais.
- Constipação crônica e/ou diarreia: Uma análise de dados, com alguns casos demonstrou que várias crianças autistas têm constipação crônica e/ou diarreia.
- Distúrbio do Sono: Grande número de autistas têm distúrbios do sono. Acordam durante a noite e permanecem grande parte dela acordada, necessitando o uso de medicamentos e estratégias como exercícios físicos.
- Distúrbio alimentar: Grande parte dos autistas apresentam comportamento alimentar alterado. Este comportamento se refere a comer produtos não alimentares, tais como tinta, areia, sujeira, papel, ou comer excessivamente alimentos que tenham preferência, como por exemplo; café, refrigerantes, doces, salgados e outros tipos de alimentos.
- Tônus muscular baixo: estudo realizado mostra que autistas têm perda de moderada a grave no tônus muscular, o que pode limitar a sua capacidade nas habilidades de funções motoras.
- Sensibilidades sensoriais: Muitos autistas têm sensibilidades incomuns para sons, visão, tato, gustação e olfato. Sons altos e intermitentes, como alarmes de incêndio e alarmes ou sinos de escolas, podem ser dolorosos para os autistas. Tecidos ásperos também podem ser intoleráveis e alguns autistas têm sensibilidades visuais. Eles se

sentem incomodados muito pelo brilho de luzes fluorescentes. Sensibilidades sensoriais são altamente variáveis no autismo, de leves a severas. Alguns autistas têm limites de dor muito elevados, ou seja, são insensíveis à dor, enquanto que outros têm limites de dor muito baixos.

2.1.2 Níveis de suporte

Correia (2023) explica que o Autismo é uma condição que afeta a forma como as pessoas se comunicam, interagem e executam tarefas. Por causa disso, algumas pessoas podem precisar de mais ajuda do que outras, dependendo do seu nível de dificuldade. De acordo com a complexidade da tarefa que a criança necessita de ajuda, estabelecemos um “nível de suporte”, que as pessoas no dia a dia acabam chamando de “nível de autismo”. Quanto maior o nível, isso quer dizer que a criança precisa de “mais ajuda” para realizar atividades cotidianas e interagir com outras pessoas. Correia (2023) apresentam os níveis:

- **Nível 1 - Requer suporte:** as pessoas com TEA de nível 1 apresentam dificuldades significativas na comunicação social e no comportamento, mas geralmente conseguem lidar com as atividades diárias. Elas podem ter dificuldade em iniciar interações sociais, interpretar sinais sociais sutis ou adaptar-se a mudanças na rotina. Elas podem precisar de ajuda ocasional para lidar com situações sociais desafiadoras.
- **Nível 2 - Requer suporte moderado:** as pessoas com TEA de nível 2 têm dificuldades mais significativas na comunicação social e no comportamento, e precisam de mais suporte para lidar com as atividades diárias. Elas podem ter dificuldades em iniciar e manter conversas, e podem apresentar comportamentos repetitivos e restritivos. Elas podem precisar de ajuda regular para lidar com situações sociais e podem ter dificuldade em lidar com mudanças na rotina.
- **Nível 3 - Requer suporte importante:** as pessoas com TEA de nível 3 apresentam dificuldades graves na comunicação social e no comportamento, e precisam de muito suporte para lidar com as atividades diárias. Elas podem ter dificuldades em responder a interações sociais e podem apresentar comportamentos repetitivos e restritivos que interferem significativamente em sua vida diária. Elas podem precisar de ajuda constante para lidar com situações sociais e podem ter dificuldade em lidar com mudanças na rotina.

O nível de suporte do paciente não é permanente e pode aumentar ou diminuir com o tempo, ou seja, uma criança classificada no diagnóstico como nível dois pode passar para nível um com as intervenções adequadas. Mas também pode piorar para o nível três, sem as terapias adequadas (Correia, 2023). A Figura 1 complementa os níveis de suporte propostos por Correia (2023).

Figura 1: Níveis de Suporte

Nível de Suporte	Características
<i>Nível 1</i> <i>Requer suporte</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades na comunicação social e interação social, como dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, compreender regras sociais não verbais, fazer amigos e/ou manter relacionamentos. - Padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses ou atividades, que podem afetar o funcionamento diário, como a adesão rígida a rotinas ou rituais, fixações intensas em um assunto específico e/ou dificuldade em lidar com mudanças. - Dificuldades em flexibilidade cognitiva, como mudanças de tópico, multitarefas e/ou outras tarefas que requerem adaptação rápida.
<i>Nível 2</i> <i>Requer suporte moderado</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades na comunicação social e interação social, como falta de interesse em estabelecer amizades, dificuldade em compreender os pontos de vista de outras pessoas e/ou dificuldade em expressar sentimentos. - Padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses ou atividades que interferem significativamente no funcionamento diário, como estereotípias motoras intensas, comportamentos autoestimulatórios e/ou fixações em objetos não convencionais. - Dificuldades significativas em flexibilidade cognitiva, como dificuldade em adaptar-se a mudanças no ambiente ou em rotinas diárias. - Dificuldades significativas em habilidades de planejamento e organização, como manter uma rotina diária, gerenciar tarefas e/ou tomar decisões simples. - Possíveis problemas de ansiedade e/ou dificuldades para lidar com situações estressantes.
<i>Nível 3</i> <i>Requer suporte importante</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação social e interação social muito limitadas ou ausentes, com falta de interesse em outras pessoas ou falta de resposta ao contato social. - Padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses ou atividades que são extremos e interferem significativamente no funcionamento diário e causam sofrimento significativo, como comportamentos autoagressivos ou autoestimulatórios intensos. - Dificuldades extremas em flexibilidade cognitiva, como dificuldade em lidar com mudanças ou em adaptar-se a novas situações. - Dificuldades extremas em habilidades de planejamento e organização, como dependência total de outras pessoas para atividades básicas da vida diária. - Possíveis problemas de ansiedade e/ou comportamentos agressivos ou autolesivos.

Fonte: Correia (2023).

2.2 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é uma publicação desenvolvida pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) que fornece critérios para o

diagnóstico de uma ampla gama de transtornos mentais. O DSM tem uma história longa e evolutiva, que reflete o desenvolvimento da psiquiatria e a compreensão dos transtornos mentais ao longo do tempo. A seguir, apresentamos brevemente a evolução do documento.

1. DSM-I (1952): O DSM-I foi publicado em 1952 e representou a primeira tentativa da APA em estabelecer uma classificação padrão de transtornos mentais. Esta edição foi influenciada por ideias psicanalíticas e classificou os distúrbios em categorias amplas. O DSM-I incluiu 106 diagnósticos e focou principalmente em condições psicóticas e transtornos de personalidade.
2. DSM-II (1968): O DSM-II foi lançado em 1968 e manteve a abordagem psicodinâmica da edição anterior. No entanto, esta edição apresentou uma maior organização e expansão, incluindo 182 diagnósticos. A classificação ainda era baseada em abordagens teóricas, o que levou a críticas sobre a falta de consistência e objetividade.
3. DSM-III (1980): O DSM-III representou uma mudança significativa na abordagem do diagnóstico psiquiátrico. Lançado em 1980, foi a primeira edição a adotar uma abordagem mais empírica e baseada em evidências. Os critérios diagnósticos foram estabelecidos de forma objetiva e sistemática, permitindo maior consistência nas avaliações clínicas. O DSM-III introduziu o sistema multiaxial, que considerava diferentes aspectos da saúde mental do indivíduo. Essa edição também foi responsável por descrever o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) em uma categoria única.
4. DSM-III-R (1987): Uma revisão menor do DSM-III, conhecida como DSM-III-R, foi lançada em 1987. Essa revisão corrigiu alguns problemas de categorização e refinou os critérios diagnósticos para maior clareza.
5. DSM-IV (1994): O DSM-IV foi lançado em 1994 e continuou com a abordagem empírica e multiaxial. Esta edição incluiu uma classificação mais detalhada dos transtornos e expandiu a lista de diagnósticos. O DSM-IV também trouxe uma maior ênfase em critérios específicos para diferentes grupos etários e culturas. As discussões sobre a inclusão de critérios diagnósticos baseados em neurociência também começaram a surgir.
6. DSM-IV-TR (2000): O DSM-IV-TR foi uma revisão menor do DSM-IV lançada em 2000. TR significa "Texto Revisado", e essa edição fez pequenas atualizações e esclarecimentos nos critérios diagnósticos.
7. DSM-5 (2014): O DSM-5 foi lançado em 2013 e representa a edição mais recente do manual. Essa edição trouxe mudanças significativas, incluindo a eliminação do sistema

multiaxial e a revisão de vários critérios diagnósticos. O DSM-5 também apresentou novas categorias e rearranjo de transtornos, buscando refletir melhor as pesquisas contemporâneas e a compreensão atual dos transtornos mentais.

É importante mencionar que o DSM não é estático e está em constante evolução. As revisões e atualizações são realizadas para refletir os avanços na pesquisa e no entendimento dos transtornos mentais, buscando fornecer diretrizes mais precisas e úteis para os profissionais de saúde mental em seus diagnósticos e tratamentos. O DSM já está em sua quinta edição e apresenta uma diferença significativa em relação à nomenclatura e modos de caracterização daquilo que se conhece como autismo.

Em fins da década de 1970, emergiu um consenso sobre a validade do autismo como conceito, e em 1980 o transtorno foi incluído na histórica terceira edição das diretrizes diagnósticas oficiais da *American Psychiatric Association*. O DSM-III precisava ter uma classe de transtornos à qual o autismo pudesse pertencer, e foi escolhida a designação transtorno pervasivo do desenvolvimento (TPD). Em retrospectiva, uma designação como autismo e condições relacionadas ou transtornos do espectro autista teria sido melhor.

No DSM-4 de 1995, utilizaram-se os termos: autismo clássico, síndrome de Rett, Transtorno desintegrativo da infância (síndrome de Heller), síndrome de Asperger e TID SOE (também conhecido como autismo atípico), Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outras especificações para classificar os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).

Segundo Khoury *et al.* (2014), em maio de 2013, foi publicada a quinta edição do DSM, trazendo “mudanças expressivas nos critérios diagnósticos de autismo e adotando, finalmente, o termo TEA como categoria diagnóstica”. Sendo assim, substituiu-se a nomenclatura anterior, englobando tudo em Transtorno do Espectro Autista, que se divide em autismo grave, moderado ou leve, devido à heterogeneidade das manifestações do transtorno, as quais variam muito quanto à sua severidade. No DSM-5, lê-se que

Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática). (DSM-5, 2014).

O DSM-5 (2014) recomenda, ainda, que essa avaliação deve especificar se esses déficits são:

- Com ou sem comprometimento intelectual concomitante;
- Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante;
- Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental;
- Associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental;
- Com catatonia, que se refere à forma de esquizofrenia que se caracteriza pela alternância de períodos de passividade e de excitação repentina

O TEA é uma síndrome neuropsiquiátrica que se enquadra na categoria dos TGDS, uma vez que seu início se dá na primeira infância, com curso crônico e que afeta todos os aspectos do desenvolvimento infantil (Brasil, 2013). Em conformidade com Tamanaha *et al.* (2008) e no DSM-4 o autismo era caracterizado pela **tríade**: “os quadros que compõem o espectro autístico caracterizam-se pela tríade de impedimentos graves e crônicos nas áreas de interação social, comunicação verbal e não verbal e interesses”. Já no DSM-5, além de englobar os transtornos e síndromes como Asperger, Rett e TGD no TEA, definiu uma tríade para caracterização do TEA:

1. Déficits na comunicação e interação social
2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento

Para o médico neuropediatra José Salomão Schwartzman (2015):

Os transtornos do Espectro do Autismo (TEA) são condições neurobiológicas, de início precoce (antes dos três anos de idade), com causas multifatoriais, e que acarretam prejuízos com níveis variados de severidade, afetando as áreas da interação social, comunicação e comportamento. Com grande frequência estão presentes, também, alterações sensoriais. (Schwartzman, 2015, p. 45).

2.3 Classificação Internacional de Doenças – CID

A Classificação Internacional de Doenças (CID) é uma classificação padronizada e globalmente aceita de doenças e condições de saúde, mantida e publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa classificação fornece códigos numéricos para uma ampla variedade de doenças, transtornos, lesões e outras condições médicas, permitindo uma

comunicação consistente entre profissionais de saúde, pesquisadores e órgãos de saúde pública em todo o mundo.

A história da CID remonta ao século XIX, quando a OMS foi fundada como a "Organização Internacional de Saúde Pública" em 1902. Em 1900, a OMS publicou uma lista internacional de causas de morte padronizadas. Essa lista foi a precursora do que se tornaria a CID. A primeira edição oficial da CID, conhecida como CID-6, foi lançada em 1948. Essa edição foi baseada em classificações regionais anteriores e teve como objetivo estabelecer um sistema de classificação globalmente uniforme e harmonizado (Benedicto *et al.*, 2023)

Galvão e Ricarte (2021) definem que, desde a sua criação, a CID passou por várias revisões e atualizações, refletindo o avanço dos conhecimentos médicos e a evolução das necessidades de saúde pública. As edições subsequentes, como a CID-7, CID-8, CID-9 e CID-10, continuaram a expandir e refinar a lista de doenças e condições incluídas.

A décima revisão da CID, conhecida como CID-10, foi publicada em 1992. Essa edição foi um marco importante na história da classificação, pois representou uma revisão significativa com base em pesquisas contemporâneas e na padronização global.

A CID-11 é a edição mais recente da classificação e foi aprovada em 2019 durante a Assembleia Mundial da Saúde, contudo, ela foi lançada oficialmente em 2021. Essa edição é considerada uma grande atualização, incorporando avanços científicos e mudanças na terminologia médica. Principais características da CID (OMS, 1996):

- A CID é um sistema de classificação hierárquico, organizado em capítulos e seções que abrangem diferentes áreas da medicina, como doenças infecciosas, transtornos mentais, neoplasias (cânceres) e outras condições.
- Cada doença ou condição é identificada por um código alfanumérico único, que permite o registro e a comunicação precisa de diagnósticos médicos em escala global.
- A CID é revisada e atualizada periodicamente para refletir a evolução da medicina e a classificação de novas doenças e/ou condições.
- O uso da CID é fundamental para a coleta de estatísticas de saúde, o planejamento de políticas de saúde e a pesquisa epidemiológica.
- A classificação é amplamente utilizada em todo o mundo e serve como uma referência padrão para profissionais de saúde em diferentes países e sistemas de saúde.

A CID continua a evoluir para se adaptar às mudanças na ciência médica e às necessidades de saúde pública. É uma ferramenta essencial para a compreensão e o tratamento

das doenças em todo o mundo, promovendo a colaboração internacional em saúde e a comparação de dados epidemiológicos.

2.4 Causas e prevalência do Autismo

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento. Algumas funções neurológicas, portanto, não se desenvolvem como deveriam nas respectivas áreas cerebrais dessas pessoas.

As causas do autismo são desconhecidas. Acredita-se que a origem do autismo esteja em anormalidades em alguma parte do cérebro ainda não definida de forma conclusiva e, provavelmente, de origem genética. Além disso, admite-se que possa ser causado por problemas relacionados a fatos ocorridos durante a gestação ou no momento do parto (Mello, 2000).

De acordo com Friedan (1971), inicialmente, o autismo foi associado a teorias psicanalíticas, sugerindo que problemas nas relações familiares ou experiências traumáticas seriam responsáveis pelo desenvolvimento da condição. Essas teorias foram amplamente abandonadas à medida que a compreensão científica do autismo avançou.

Nas décadas de 1950 e 1960, surgiu a teoria da "Mãe Geladeira" (Refrigerator Mother), proposta pelo psicanalista Leo Kanner (1943), que implicava que mães emocionalmente frias ou distantes seriam a causa do autismo em seus filhos. Essa teoria foi altamente controversa e prejudicial para as famílias, mas também foi rejeitada à medida que a pesquisa avançou.

A hipótese de uma origem relacionada à frieza ou à rejeição materna já foi descartada, relegada à categoria de mito há décadas. Porém, a despeito de todos os indícios e da retratação pública dos primeiros defensores desta teoria, persistem adeptos desta corrente que ainda a defendem ou defendem teorias aparentemente diferentes, mas derivadas desta (Philip, 2009).

Na década de 1970, começou a crescer o interesse em pesquisas genéticas relacionadas ao autismo. Evidências sugerindo uma forte predisposição genética para o TEA começaram a surgir. Estudos com gêmeos idênticos mostraram uma maior concordância do autismo entre eles do que em gêmeos fraternos, o que apontava para uma influência significativa dos fatores genéticos. Em 1977, o *Journal of Child Psychology and Psychiatry* publicou um estudo com irmãos gêmeos que demonstrou que em monozigóticos a concordância para o autismo variava de 36% a 92% – em contraste com gêmeos dizigóticos, em que a concordância era bem baixa (Philip, 2009).

De acordo com a Associação Médica Americana, as chances de uma criança desenvolver autismo por causa da herança genética são de 50%, sendo que a outra metade dos casos pode corresponder a fatores exógenos, como o ambiente de criação (Fernandes; Amato, 2013).

Vinocur (2017) defende que, de qualquer maneira, muitos genes parecem estar envolvidos nas causas do autismo. Alguns tornam as crianças mais suscetíveis ao transtorno, outros afetam o desenvolvimento do cérebro e a comunicação entre os neurônios. Outros, ainda, determinam a gravidade dos sintomas.

Segundo Kuperstein e Missalga (2005, p. 39)

o transtorno autista consiste na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo.

Quanto aos fatores externos que possam contribuir para o surgimento do transtorno, estão a poluição do ar, complicações durante a gravidez, infecções causadas por vírus, alterações no trato digestório, contaminação por mercúrio e sensibilidade a vacinas.

O autismo afeta cinco vezes mais os meninos do que as meninas. Para o surgimento do autismo no indivíduo, alguns fatores de risco devem ser considerados, como ressalta Russo (2017). Esta autora também ressalta que o autismo afeta quatro a cinco vezes mais os meninos do que as meninas.

Alguns fatores são considerados de riscos para o desenvolvimento do autismo, como histórico familiar que já tinha tido integrante com autismo correm riscos maiores de ter outras posteriormente, crianças com alguns problemas de saúde específicos tendem a ter mais riscos de desenvolver autismo do que outras crianças epilepsia e esclerose tuberosa estão entre esses transtornos, uma idade mais avançada dos pais há mais chances de a criança desenvolver autismo. (RUSSO, 2017, p. 68).

Como frisa Schwartzman (2015, p. 97), “muito embora não haja cura para os TEA, pacientes que tenham bom potencial e que sejam expostos precocemente ao tratamento podem ter seus prejuízos significativamente reduzidos”.

Nas últimas décadas, as pesquisas em neurociências têm se concentrado em entender as diferenças no cérebro de pessoas com autismo. Estudos de neuroimagem têm revelado padrões distintos de atividade cerebral e conectividade em indivíduos no espectro autista, mas a relação exata entre essas diferenças e as causas do autismo ainda é objeto de investigação.

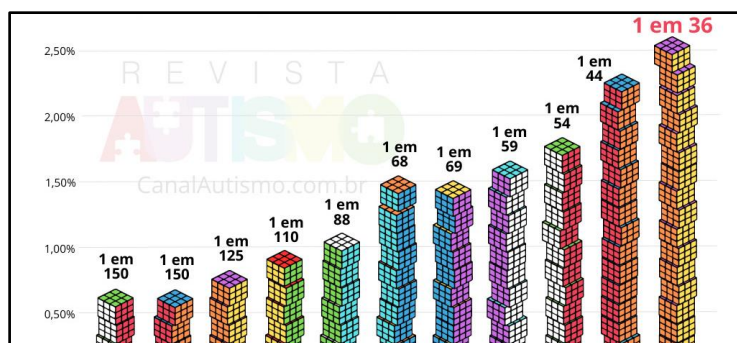
Neste sentido, o diagnóstico precoce pode dar subsídios iniciais a uma equipe multidisciplinar especializada (médicos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas, psicólogas, entre outros) para elaborar um plano de tratamento, o que pode diminuir o impacto das disfunções na vida social da pessoa, podendo levá-la a ter uma vida muito próxima do normal ou, nos casos mais severos, a uma interação mais satisfatória com seus cuidadores.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, sediada na Geórgia, tem o objetivo de proteger o país das ameaças à saúde e à segurança, tanto no exterior quanto em território americano. Para isso, conduz pesquisas e fornece informações de saúde em diversas áreas.

O CDC vem rastreando o número e as características de crianças autistas há mais de duas décadas em diversas comunidades americanas. As pesquisas são divulgadas a cada dois anos e se baseiam em dados coletados quatro anos antes da publicação. Mesmo que não seja brasileiro, o Brasil ainda usa os estudos do CDC como base, por não ter pesquisas concretas sobre a prevalência no país.

Um recente estudo publicado na JAMA Pediatrics no dia 5 de julho de 2022, realizado com 12.554 pessoas dados de 2019 e 2020, revelou um número de prevalência de autismo nos Estados Unidos de um autista a cada 30 crianças e adolescentes entre três e 17 anos. A prevalência mais atual divulgada em março de 2023 pelo CDC, considerada uma das mais relevantes do mundo, é de um em 36, com dados referentes a 2020.

Figura 2: Quantidade de diagnósticos em crianças de 8 anos nos Estados Unidos



Fonte: CDC (2020).

O autismo é uma condição do neurodesenvolvimento complexa que afeta o comportamento, a comunicação e as interações sociais. Embora não haja uma cura definitiva, existem muitas abordagens terapêuticas e intervenções que podem ajudar as pessoas com autismo a desenvolverem habilidades e melhorar sua qualidade de vida. Ao longo da história,

diversas teorias e abordagens foram propostas com a intenção de "curar" o autismo, muitas vezes motivadas por mal-entendidos ou visões desatualizadas sobre a condição. De acordo com Lima (2007), algumas dessas abordagens históricas incluíram:

- Terapias comportamentais aversivas: No passado, algumas terapias utilizavam técnicas aversivas, como punições físicas ou tratamentos de choque elétrico, para tentar modificar o comportamento das pessoas com autismo. No entanto, essas práticas são consideradas ineficazes e cruéis e foram amplamente abandonadas.
- Terapias psicanalíticas: Na década de 1950, a psicanálise era uma abordagem popular em muitas áreas da psicologia, incluindo o autismo. Alguns profissionais acreditavam que o autismo era causado por problemas nas relações familiares e que a terapia focada na família poderia "curar" o autismo. Essa perspectiva foi posteriormente rejeitada à medida que a compreensão do autismo evoluiu.
- Intervenções biomédicas controversas: Ao longo dos anos, surgiram várias intervenções biomédicas controversas que afirmavam curar ou reverter o autismo, como dietas restritivas, suplementos nutricionais ou tratamentos não comprovados. No entanto, a maioria dessas abordagens carece de evidências científicas sólidas e não é recomendada pela comunidade médica.

É fundamental compreender que o autismo é uma condição neurológica e não uma doença a ser "curada". Em vez disso, o foco atual está em fornecer suporte adequado e intervenções eficazes para ajudar as pessoas com autismo a desenvolver habilidades e alcançar seu pleno potencial.

O autismo não tem cura, porém existem maneiras que ajudam na melhora da qualidade de vida. Quando há outra doença associada como a epilepsia e hiperatividade, remédios podem ser receitados. O tratamento deve considerar a criança como um todo, levando em conta seus sentimentos, comportamentos, sua família e sua escola. As características dos autistas permanecem por toda a vida. Existem tratamentos alternativos como a equoterapia, musicoterapia, natação especial e intervenção dietoterápica, como dietas restritivas de glúten e caseína, SCDiet (remoção de carboidratos), Feingold diet (sem conservantes, corantes e sabores artificiais) e vitaminas/suplementos (OAB, 2015).

As abordagens atuais para o tratamento do autismo geralmente incluem terapias comportamentais baseadas em evidências, como a ABA, intervenções educacionais individualizadas, terapias de fala e linguagem, terapia ocupacional e outras terapias específicas

de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa. Além disso, um ambiente inclusivo e de apoio pode fazer uma grande diferença na vida das pessoas com autismo.

2.5 Análise do Comportamento Aplicado – ABA

O termo em inglês Applied Behavior Analysis (ABA) traduzido em português para Análise do Comportamento Aplicado, baseia-se na filosofia de Skinner, psicólogo behaviorista radical que fez diversos estudos sobre o comportamento humano, saindo da visão simplista que os behavioristas anteriores apresentavam (Watson e Pavlov). A ABA estuda o ser humano e suas diversas interações com o ambiente, entendendo o mesmo, como coisas materiais, socializações, história de vida e interação com o próprio ser (Moreira; Medeiros, 2007).

Na filosofia de Skinner, há diversos fatores que interferem no comportamento e eles não são reproduzidos unicamente como estímulo resposta. Intervenções como a história do organismo voltado ao biológico, a história da pessoa, os comportamentos selecionados por suas consequências, e a cultura que permeia o sujeito, também interferem para que essa ação aconteça (Costa; Fermoseli; Lopes, 2014).

Segundo Skinner (1974), um comportamento é classificado como operante quando a ação (comportamento) produz uma consequência (modificação no ambiente) e é afetado por ele. Esta modificação levará o indivíduo a manter determinado comportamento ou se afastar dele, logo podemos entender que as consequências são modificadoras do ambiente. Desta forma, a ABA analisa de forma científica os comportamentos, observando qual o causa de determinado comportamento e trabalha com base nele, para que se possa diminuir ou aumentar a frequência com que ocorre (Pimentel; Rispoli, 2013).

A modificação ocorre quando o comportamento operante é reforçado positivamente ou negativamente, mas é importante ressaltar que o reforço não significa bom ou ruim e que devem ser individualizados, utilizando reforçadores diferentes para cada pessoa (Oda, 2018).

O reforçamento positivo é geralmente definido como o fortalecimento de uma resposta devido à apresentação de determinado estímulo a ela contingente; já o reforçamento negativo consiste no aumento na frequência de uma resposta por causa da remoção contingente de um estímulo (Santos; Leite, 2013).

Dessa forma, a ABA é responsável por trabalhar o comportamento problema, ou estabelecer novas habilidades, levando maior qualidade de vida para o paciente. São realizadas

investigações científicas antes, durante e depois, traçando a escala de evolução. Além disso, é importante que esta avaliação inicial seja cuidadosamente analisada, observando os eventos ambientais que estão influenciando o comportamento, compreendendo a forma, a frequência ou a intensidade em que o mesmo acontece, avaliando o evento antecessor e as consequências após o ocorrido, para que assim seja elaborado uma estratégia funcional de intervenção. Após uma avaliação inicial, já com o repertório comportamental elaborado, é necessário que seja feito um Plano de Ensino Individualizado (PEI) para traçar o caminho que o tratamento tomará, individualizando formas diferentes para cada paciente (Perez; Coltri; Lima, 2018).

O primeiro estudo sobre a Análise do Comportamento Aplicada especificamente ao tratamento do autismo foi publicado na década de 1980 por Lovass em 1987, dentro do projeto intitulado Early Intervention Project (EIP), em que três grupos de crianças com autismo, com a faixa etária abaixo de quatro anos foram avaliados. O grupo experimental, composto por 19 crianças, foi exposto a intervenção ABA com um educador exclusivo para cada criança, por um período de quarenta horas semanais ou mais, por dois ou mais anos consecutivos. O tratamento teve como foco as habilidades em diversas áreas, como comunicação, interação social, imitação, autocuidados, visando uma possível melhora no desenvolvimento dessas crianças em específico (Mceachin; Smith; Lovaas, 1993).

Ainda segundo McEachin, Smith e Lovaas (1993), um grupo controle, realizado por dezenove crianças, recebeu uma intervenção comportamental por apenas dez horas semanais ou até menos. Um outro grupo controle era composto por vinte e um participantes que foram tratados em outros centros de atendimento terapêuticos em intervenção que não eram baseadas em ABA, bem como, outro tipo de intervenção intensiva e tampouco tinham contato com o projeto.

Os resultados indicaram que quarenta e sete das crianças expostas a ABA tiveram redução significativa dos sintomas de autismo, apresentando desenvolvimento próximo ao esperado para a idade cronológica, em que 42% tiveram uma redução acentuada dos sintomas e 11% continuaram com sintomas graves de autismo. Ou seja, aproximadamente 90% das crianças do grupo experimental apresentaram melhora no desenvolvimento e metade das crianças apresentou desenvolvimento próximo ao típico (Moraes, 2021).

Nesse estudo, fica evidenciado o quanto o tratamento baseado em terapia ABA tem sido eficaz e permanente na vida do autista, aproximando-o sua idade cronológica da idade mental que infelizmente o autismo altera. Em consequência, beneficia proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pais, bem como das pessoas próximas a pessoa com o TEA.

O professor, para trabalhar com o estudante com TEA, primeiro deve o observar e conhecer seu educando antes de adaptar as atividades e o conteúdo para sala de aula e mediar quando for necessária cada atividade ou situação didática, descobrir suas habilidades e quais precisam ser alcançadas, avaliar os recursos utilizados no ambiente de acordo com as especificidades da criança com TEA. Buscar práticas pedagógicas que ajudarão no desenvolvimento da aprendizagem, procurando atividades que não dure muito tempo e nunca punir o erro, pois nesse processo “haverá conquistas e erros, muitas vezes mais erros que conquistas, mas o trabalho jamais será em vão” (Cunha, 2015).

2.6 Políticas Públicas de Inclusão

Esta subseção tem por intento apresentar, sumariamente, as políticas públicas de inclusão, especificamente a Lei de Inclusão, a Lei Romeo Mion e a Base Nacional Comum Curricular.

2.6.1 Lei de Inclusão

O acesso à educação e o direito à aprendizagem são garantias constitucionais universais, ou seja, previstas a todos os brasileiros como dever do Estado e da família (Brasil, 1988). A diversidade de experiências, de habilidades, de contextos e de capacidades entre estudantes é uma realidade que deve ser celebrada por meio de práticas educacionais inclusivas. As políticas públicas no campo da educação inclusiva se referem a todos os aspectos de criação e gestão de normas voltadas à garantia do direito à educação para todos, particularmente para os segmentos sociais historicamente excluídos do sistema de ensino.

Na literatura especializada em educação inclusiva, há registros relativos à evolução do atendimento aos alunos com deficiência que revelam marcas de exclusão, segregação, integração e, também, prenúncios da inclusão (Ferreira, 1989). Examinando-se a história da humanidade, percebe-se, em cada período histórico, o grau de marginalização ou aceitação determinada o modo como a sociedade trata aqueles, que rompem com padrões considerados normais.

De acordo com Mazzotta (1996), na Idade Média, as pessoas com deficiência eram segregadas e marginalizadas, pois tal atitude estava pautada na descrença da possibilidade de desenvolvimento físico e/ou emocional dessas pessoas. A marginalização ou segregação sugere um consenso pessimista, fundamentado na ideia de que a condição de incapacitado, deficiente e inválido é imutável. Essa postura de marginalização para com as pessoas com deficiência respalda a omissão da sociedade em relação à garantia de atendimento que responda a essas demandas.

No século XVI, as pessoas com deficiências eram excluídas ou segregadas da circulação social para viverem em instituições nomeadas de “especializadas”. O motivo implícito desta ação era o de esconder os que não correspondiam aos padrões de normalidade. Aqueles que se desviavam da conduta esperada pela família ou pela igreja eram chamados de indivíduos a se corrigir. Surgia, assim, a ideia de anomalia, corroborada pela medicina. Nesse momento, a igreja passa a nomear juntamente com a medicina a nomenclatura “normal” e “anormal” (Fernandes, 2007).

Retomando alguns acontecimentos importantes para a educação especial e inclusiva, Miranda (2008) relata que no Brasil o atendimento a pessoas com deficiência teve início na época do império, com a criação de duas instituições, Instituto dos Meninos Cegos (hoje Instituto Benjamin Constant) e do Instituto dos Surdos-Mudos (hoje, Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), instituições criadas por volta da década de 1850, tornando um marco para o atendimento de pessoas com deficiência no Brasil. Todavia, evidenciamos que, apesar do importante passo para a inclusão, essas instituições foram introduzidas apenas para o atendimento a pessoas com deficiências visuais e auditivas, segregando, assim, outros tipos de deficiências, como a mental (Jannuzzi, 1992).

Na Lei nº 5.692/71 (Brasil, 1971), estabelecia, em seu artigo 9º, um tratamento especial para alunos com deficiências físicas, mentais e aqueles que estavam consideravelmente atrasados em relação à idade regular de matrícula, bem como os alunos superdotados. Essa abordagem não promovia a criação de um sistema educacional capaz de atender às necessidades educacionais especiais e incentivava o encaminhamento desses alunos para classes e escolas especiais. A Educação Especial era tradicionalmente organizada como um AEE substitutivo ao ensino comum, resultando em diferentes compreensões, terminologias e modalidades que levaram à criação de instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais (Brasil, 2008). Essa abordagem, baseada no conceito de normalidade/anormalidade, enfatizava formas de atendimento clínico e terapêutico.

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como "Constituição Cidadã", trouxe importantes avanços em relação à inclusão social e garantia de direitos no Brasil. O resumo sobre a inclusão na Constituição de 1988 pode ser descrito da seguinte forma:

1. Igualdade e não discriminação: A Constituição de 1988 estabelece como princípio fundamental a igualdade de todos perante a lei, proibindo qualquer forma de discriminação, incluindo aquela baseada em raça, cor, sexo, religião, origem, idade e deficiência.
2. Direitos das pessoas com deficiência: A Constituição de 1988 foi uma das primeiras a incluir dispositivos específicos sobre os direitos das pessoas com deficiência. O artigo 227 estabelece a igualdade de oportunidades, a acessibilidade e o atendimento especializado às crianças e adolescentes com deficiência, assegurando-lhes o pleno desenvolvimento.
3. Acesso à educação: A Constituição de 1988 garante o direito à educação para todas as pessoas, incluindo aquelas com deficiência. Ela estabelece a educação como um direito de todos e um dever do Estado, assegurando o atendimento educacional especializado e inclusivo.
4. Mercado de trabalho: A Constituição de 1988 veda qualquer forma de discriminação no mercado de trabalho, assegurando a igualdade de oportunidades e o acesso ao trabalho para todas as pessoas, independentemente de suas condições físicas ou mentais.
5. Acessibilidade e moradia: A Constituição de 1988 estabelece que a ordem econômica deve promover a melhoria das condições de vida e trabalho, garantindo a todos uma existência digna, inclusive com a eliminação de barreiras arquitetônicas e a promoção da acessibilidade nas edificações de uso público.
6. Direitos culturais e esportivos: A Constituição de 1988 reconhece a igualdade de acesso aos bens culturais e esportivos, assegurando a participação das pessoas com deficiência na vida cultural, artística e esportiva do país.

A Constituição de 1988 trouxe importantes avanços para a inclusão social no Brasil, garantindo o respeito à igualdade, a não discriminação e o acesso a direitos fundamentais para todas as pessoas, incluindo aquelas com deficiência. Ela reconheceu a importância de promover políticas públicas e ações afirmativas para assegurar a plena participação e o exercício da cidadania pelas pessoas com deficiência em todas as esferas da sociedade.

Ao falar da educação inclusiva, é crucial resgatar o histórico de lutas, conquistas e estudos que consolidaram essa estratégia pedagógica como um modelo de avanço educacional. Desde a Declaração de Salamanca (1994) até a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006 e incorporada à Constituição Federal, na forma da Lei Brasileira de Inclusão (LBI), em 2015, um amplo cobertor legal se formou para amparar o combate à segregação e ao capacitismo.

A Declaração de Salamanca, quando se refere aos princípios, políticas e práticas na área das necessidades educacionais especiais, demanda que os Estados assegurem que a educação de pessoas com deficiências seja parte integrante do sistema educacional. Reafirma o compromisso para com a Educação para Todos, reconhecendo a necessidade e urgência de que seja providenciada educação para as crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais dentro do sistema regular de ensino e endossa a Estrutura de Ação em Educação Especial, em que, pelas provisões e recomendações, o governo e organizações sejam guiados.

Diante dessa afirmação, a Declaração de Salamanca (Brasil, 1994) acredita e proclama que i) toda criança tem direito fundamental à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem; ii) toda criança possui características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem que são únicas; iii) sistemas educacionais deverão ser designados e programas educacionais deverão ser implementados no sentido de se levar em conta a vasta diversidade de tais características e necessidades; iv) aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deve acomodá-los dentro de uma Pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer a tais necessidades; e v) escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos; além disso, tais escolas proveem uma educação efetiva à maioria das crianças e aprimoram a eficiência e, em última instância, o custo da eficácia de todo o sistema educacional.

Ainda de acordo com o documento, congregam-se todos os governos e demanda que eles:

- atribuam a mais alta prioridade política e financeira ao aprimoramento de seus sistemas educacionais no sentido de se tornarem aptos a incluírem todas as crianças, independentemente de suas diferenças ou dificuldades individuais.

- adotem o princípio de educação inclusiva em forma de lei ou de política, matriculando todas as crianças em escolas regulares, a menos que existam fortes razões para agir de outra forma.
- desenvolvam projetos de demonstração e encorajem intercâmbios em países que possuam experiências de escolarização inclusiva.
- estabeleçam mecanismos participatórios e descentralizados para planejamento, revisão e avaliação de provisão educacional para crianças e adultos com necessidades educacionais especiais.
- encorajem e facilitem a participação de pais, comunidades e organizações de pessoas portadoras de deficiências nos processos de planejamento e tomada de decisão concernentes à provisão de serviços para necessidades educacionais especiais.
- invistam maiores esforços em estratégias de identificação e intervenção precoces, bem como nos aspectos vocacionais da educação inclusiva.
- garantam que, no contexto de uma mudança sistêmica, programas de treinamento de professores, tanto em serviço como durante a formação, incluam a provisão de educação especial dentro das escolas inclusivas (Brasil, 1994).

Ao analisar a Declaração de Salamanca, conclui-se que, além de contribuir para o fortalecimento da educação inclusiva e futuras modificações da política educacional, constitui uma reestruturação das instituições educacionais voltadas para a filosofia inclusiva. Considerando que a escola deve oferecer os serviços adequados para acolher e atender à diversidade da população, estas são ações incorporadas de certa forma lentamente, no entanto promissoras a uma educação que visa contemplar as especificidades de cada indivíduo e a construção de uma sociedade que respeite as pessoas e suas diferenças.

Em 1996, a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) (Brasil, 1996) no Brasil trouxe uma política educacional inclusiva. O artigo 4º, parágrafo III, reforçou a necessidade de oferecer AEE gratuito aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, preferencialmente na rede regular de ensino.

Foi previsto, no entanto, a possibilidade de um sistema de ensino separado, como classes e escolas especiais, desde que houvesse uma avaliação da necessidade. Essas recomendações, por vezes, levaram a um maior investimento financeiro público em instituições especiais privadas em vez da rede pública de ensino comum (Mendes, 2016). Documentos mais recentes, como as Diretrizes Operacionais para o AEE na Educação Básica (Brasil, 2009), a Nota Técnica nº 11 (Brasil, 2010) e o Decreto 7611 (Brasil, 2011) também abordaram essa questão de investimento, gerando tensões políticas e divergências de ideais em relação ao ambiente mais adequado para a escolarização dos alunos com necessidades educacionais especiais.

Em 2001, no mês de setembro, foi instituída pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), a Resolução que definia as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Brasil, 2001), em que se afirmavam que os sistemas de ensino comum deveriam matricular todos os alunos, cabendo às escolas se organizarem para o atendimento aos educandos do Público-alvo da Educação Especial (PAEE), e assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos.

De acordo com a Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva de 2008 (Brasil, 2008), a Educação Especial passa a constituir a proposta pedagógica da escola, definindo como seu público-alvo os alunos com deficiência (intelectual, sensoriais e motoras), transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

A LBI (Brasil, 2015), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, é um conjunto de normas destinadas a assegurar e a promover, em igualdade de condições, o exercício dos direitos e liberdades fundamentais por pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e a cidadania. A LBI é uma grande conquista na medida em que vai na contramão desse passado histórico, definindo a deficiência como atributo que não pode ser descolado do contexto, uma vez que se dá na interação de uma pessoa que possui uma ou mais características que divergem do padrão com barreiras.

Em outras palavras, a deficiência, seja ela de que ordem for, só existe na relação com um mundo repleto de impedimentos para a plena inclusão da pessoa que a possui. As barreiras podem ser arquitetônicas (portas estreitas, banheiros não adaptados, por exemplo); urbanísticas (calçada desnivelada, falta de piso tátil e sinal sonoro em semáforos, entre outros); nos transportes (ausência de rampas e corrimão); na comunicação (ausência de libras, legendas, texto alternativo etc.); tecnológicas (que impedem o acesso à tecnologia); e/ou atitudinais. O documento ainda prevê em, seus artigos primeiro e segundo, que

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Brasil, 2015)

A Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001) contemplou a assistência aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, de qualquer faixa etária, além dos acometidos pelo uso de substâncias psicoativas. Assim, as crianças e adolescentes portadores de transtornos também foram referidas, quebrando uma prática, que até então vigorava, que era a de só oferecer tratamento para crianças e adolescentes vítimas de abandono (modelo assistencialista, respaldado pela teoria higienista), ou aquelas merecedoras de medidas socioeducativas (Couto; Delgado, 2015). Nesse momento histórico, o Estado entrava como ente tutelar, com o objetivo de corrigir os comportamentos desviantes.

Em consonância com a Lei 10.216/2001, foi promulgada, em 27 de dezembro de 2012 a Lei nº 12.764/12, que dispõe especificamente acerca da proteção dos direitos dos autistas. Tal inovação foi de grande relevância, haja vista que, a partir de então, todos os autistas passaram, por lei, a fazer jus a todas as prerrogativas da Lei nº 7853/89 (que dispõe acerca da proteção dos direitos da pessoa portadora de deficiência), tais como prioridade na tramitação de processos administrativos e judiciais e cotas reservadas em concursos públicos. (Brasil, 2012).

A lei, também conhecida como Lei Berenice Piana, foi assim batizada, em homenagem a coautora da lei Berenice Piana, nascida em Dois Vizinhos, no interior do Paraná, a 419 km da capital, em 1958, e hoje moradora de Itaboraí (RJ). Mãe de três filhos, sendo o caçula um rapaz autista, o Dayan, nascido em maio de 1994. A busca pelo diagnóstico, no início da infância do filho, e que só se concretizou entre seus seis e sete anos de idade, levou-a a uma militância por direitos dos autistas, por diagnóstico e, principalmente, por tratamento na rede pública de saúde. Ficou conhecida por ter auxiliado na criação da legislação por meio de uma proposta apresentada à Comissão de Direitos Humanos do Senado. Idealizou a primeira clínica Escola do Autista do Brasil, implantada em Itaboraí, no Rio de Janeiro, em abril de 2014, além de participar da criação de leis em defesa do autista em vários municípios e estados brasileiros.

O primeiro ponto a se destacar é que a lei equipara os portadores do TEA a deficientes, conforme regulamentação da lei, realizada pelo decreto 8.368/2014, aplicando-se a eles os direitos e obrigações previstos na Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como seu protocolo facultativo, além da legislação pertinente às pessoas com deficiência.

A criança autista tem os mesmos direitos que outra criança com deficiência. Isto constatamos no documento das Diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista ao estabelecer que:

A intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista; A participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

A atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

O estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990;

A responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

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

O estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País (Brasil, 2012).

Em 2015 foi aprovada a lei de Inclusão da pessoa com deficiência na escola regular, por tratar de assuntos relacionados a inclusão de pessoas com deficiência esta lei ficou conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Trata-se de um grande avanço na educação em que o Ministério da Educação avalia sua posição a respeito da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI), em que a eliminação das barreiras e na promoção da acessibilidade, e não separação dos alunos com e sem deficiência são prioridade.

2.6.2 Lei Romeo Mion

Em 2020 houve uma alteração da Lei Berenice Piana de nº 12.764 do ano de 2012, e instituiu a Lei Romeo Mion, oficialmente chamada de Lei nº 13.977/2020. Trata-se de uma legislação brasileira que institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA). Ela foi sancionada em 2020 e ficou conhecida como Lei Romeo Mion em homenagem ao filho autista do conhecido apresentador de televisão brasileira Marcos Mion, juntamente com outras famílias e entidades, foi um dos principais defensores da aprovação dessa lei.

O principal objetivo da Lei Romeo Mion é garantir a inclusão e a acessibilidade de pessoas com TEA em diversos aspectos da vida cotidiana. A CIPTEA é um documento oficial

que visa a facilitar o atendimento prioritário em serviços públicos e privados, além de permitir o acesso a benefícios e direitos específicos assegurados por lei para pessoas com TEA.

A CIPTEA é emitida de forma gratuita e deve conter informações importantes sobre o portador do TEA, como o nome, filiação, fotografia, número de identificação social (NIS) e a data de validade do documento. Vale destacar que a CIPTEA não substitui a apresentação de outros documentos oficiais, como carteira de identidade, mas complementa-os com informações relevantes para garantir a atenção adequada às necessidades da pessoa com autismo. A Lei Romeo Mion apregoa que

Art. 2º A Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), passa a vigorar com as seguintes alterações: “Art. 1º [...] § 3º Os estabelecimentos públicos e privados referidos na Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, poderão valer-se da fita quebra-cabeça, símbolo mundial da conscientização do transtorno do espectro autista, para identificar a prioridade devida às pessoas com transtorno do espectro autista.”

§ 3º A Ciptea terá validade de 5 (cinco) anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado, e deverá ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem das pessoas com transtorno do espectro autista em todo o território nacional.

§ 4º Até que seja implementado o disposto no caput deste artigo, os órgãos responsáveis pela execução da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista deverão trabalhar em conjunto com os respectivos responsáveis pela emissão de documentos de identificação, para que sejam incluídas as necessárias informações sobre o transtorno do espectro autista no Registro Geral (RG) ou, se estrangeiro, na Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) ou na Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE), válidos em todo o território nacional.” (Brasil, 2020).

A lei também busca conscientizar a sociedade sobre o TEA e promover a inclusão social, estimulando a criação de programas e ações de capacitação para profissionais que lidam com pessoas autistas, bem como para a sensibilização da comunidade em geral. Dessa forma, a Lei Romeo Mion representa um importante passo para a garantia dos direitos e o respeito à dignidade das pessoas com TEA no Brasil.

2.7 Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e Inclusão

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) é um documento orientador que estabelece os conhecimentos, competências e habilidades essenciais que todos os estudantes brasileiros devem desenvolver ao longo de sua trajetória na educação básica. Ela foi instituída

com o objetivo de promover uma educação mais coesa, equitativa e de qualidade em todo o país.

A BNCC foi elaborada em um processo colaborativo e democrático, envolvendo especialistas em educação, professores, gestores educacionais, pais e representantes da sociedade civil. O documento contempla a Educação Infantil, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio e apresenta diretrizes curriculares comuns a todas as escolas, tanto públicas como privadas.

Referência nacional para a formulação dos currículos dos sistemas e das redes escolares dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das propostas pedagógicas das instituições escolares, a BNCC integra a política nacional da Educação Básica e vai contribuir para o alinhamento de outras políticas e ações, em âmbito federal, estadual e municipal, referentes à formação de professores, à avaliação, à elaboração de conteúdos educacionais (Brasil, 2018)

Um dos principais fundamentos da BNCC é a formação integral do indivíduo, estimulando não apenas o desenvolvimento de conhecimentos acadêmicos, mas também o aprimoramento de habilidades socioemocionais e competências para a vida. A partir dessa abordagem, a BNCC busca formar cidadãos conscientes, críticos, éticos e preparados para atuar na sociedade contemporânea (Brasil, 2018).

A BNCC não substitui os currículos locais ou regionais, mas estabelece uma base comum que deve ser seguida por todas as instituições de ensino. Essa flexibilidade permite que as escolas e os educadores tenham liberdade para adaptar os conteúdos e metodologias, levando em conta as características e necessidades específicas de seus estudantes e as realidades locais.

Além disso, a BNCC enfatiza a importância da interdisciplinaridade, da integração de diferentes áreas do conhecimento, possibilitando que os estudantes compreendam as conexões entre os temas e as disciplinas, tornando a aprendizagem mais significativa e contextualizada.

A BNCC também ressalta a relevância do protagonismo do estudante em seu próprio processo de aprendizagem, estimulando a participação ativa, o pensamento crítico e a resolução de problemas. Desse modo, busca-se uma educação mais centrada no aluno, capaz de desenvolver sua autonomia e criatividade.

A documento ainda representa um marco importante na história da educação brasileira, pois estabelece padrões nacionais que podem impulsionar a melhoria do ensino em todas as regiões do país. Seu objetivo é promover uma educação de qualidade, equitativa e inclusiva, que contribua para a formação de cidadãos conscientes, preparados para enfrentar os desafios do mundo contemporâneo e comprometidos com o desenvolvimento sustentável e o bem-estar

social, porém no que se refere a educação especial, a BNCC traz poucas orientações e informações. Na página 17, por exemplo, o documento trata sobre os currículos, discutindo algumas decisões que precisam ser analisadas no desenvolvimento e na organização dos currículos pelas esferas educacionais, como por exemplo, a questão da contextualização dos conteúdos nos componentes curriculares, organização interdisciplinar e processo avaliativo.

Essas decisões precisam, igualmente, ser consideradas na organização de currículos e propostas adequados às diferentes modalidades de ensino (Educação Especial, Educação de Jovens e Adultos, Educação do Campo, Educação Escolar Indígena, Educação Escolar Quilombola, Educação a Distância), atendendo-se às orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2018)

Conforme Coelho, Soares e Roehrs (2019), ao realizar-se uma busca simples, através do termo “Educação Especial”, este aparece apenas duas vezes dentre as 600 páginas da BNCC, conforme apresentado. Com relação à terminologia “Inclusão”, contextualizando-a no sentido de educação especial ou aluno com Deficiência, Transtorno Global do Desenvolvimento e Altas Habilidades/Superdotação, esta aparece apenas duas vezes também, ambas situadas na organização dos currículos, onde a Lei nº 13.146/2015 é citada (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência).

2.8 Atendimento Educacional Especializado – AEE

Conforme o documento da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, o “[...] atendimento educacional especializado tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas.”. (Brasil, 2008)

No Brasil, o AEE é assegurado aos “educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino” (Brasil, 2014)

Considera-se público-alvo do AEE:

- Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras,

podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

- Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.
- Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotora, artes e criatividade.

O processo de atendimento do AEE, apesar de muitas dificuldades e diversidades, tem o seu papel fixado dentro da escola, não deixando de lado a necessidade da sociedade em geral e especialmente do poder público na questão dos investimentos e reconhecimento das atribuições e necessidades e principalmente da importância deste serviço especializado, de forma a valorizar mais o profissional em sala e o profissional das salas de recursos e assim ofertar uma educação de qualidade em todos os sentidos e áreas.

Para atuação no AEE, o professor deve ter formação inicial que o habilite para o exercício da docência e formação específica na educação especial, inicial ou continuada.

O atendimento é personalizado e realizado por profissionais habilitados na área da Educação Especial. Os profissionais que podem atuar no AEE são:

1. Professor de AEE: É o profissional que possui formação específica em Educação Especial ou áreas afins. Ele é responsável por elaborar e executar o plano de atendimento de cada aluno, com base em suas necessidades e potencialidades.
2. Tradutor e Intérprete de Libras: Para alunos surdos ou com deficiência auditiva, é necessário o acompanhamento de um profissional que domine a Língua Brasileira de Sinais (Libras) para garantir a comunicação adequada com o estudante.
3. Cuidador ou Profissional de Apoio: Alunos que necessitam de suporte para atividades de cuidado pessoal e acessibilidade também podem contar com a presença de um cuidador ou profissional de apoio, especialmente quando a autonomia do aluno é limitada.

4. Psicólogo Escolar: O psicólogo pode atuar em conjunto com a equipe de AEE para auxiliar na identificação e compreensão das necessidades emocionais e comportamentais dos alunos (Brasil, 2009).

Para a compreensão deste processo de aprendizagem e os alunos do AEE, é importante relembrar os pressupostos histórico-culturais citados por Vygotsky (1987), em que diz que o ser humano nasce apenas com recursos biológicos, mas, com a interação social, cultural e de mediação, será capaz de superar funções aparentemente primárias chegando ao desenvolvimento de funções mais elevadas. Esse processo somente será possível por meio do ensino, o qual leva a aprendizagem, ou seja, um processo entre o biológico e o cultural que consolida os processos de apropriação e de objetivação. Neste sentido, as leis que conduzem o desenvolvimento dos indivíduos com deficiências são as mesmas que conduzem os processos das demais pessoas.

Os alunos com TEA integram, por direito, o público-alvo do AEE. Os alunos com TEA têm déficits na comunicação social e nas interações sociais, bem como padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Os sintomas devem estar presentes no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades (Brito, 2017).

Do ponto de vista da educação inclusiva, o campo da educação especial requer a interseção entre saúde e educação. Portanto, o público-alvo pode ser identificado nas paredes da escola por meio do relatório médico emitido pelo psiquiatra ou neurologista, e o relatório identifica o aluno pela deficiência ou patologia descoberta. Somente de acordo com este documento é possível desenvolver um PDI para adaptar o currículo da escola às necessidades dos alunos (Pimenta, 2019).

É importante ressaltar que o AEE é um direito assegurado pela legislação brasileira, e sua oferta é de responsabilidade do poder público em parceria com as escolas regulares. O atendimento é pautado pela individualização e flexibilidade, visando a garantir a inclusão e o desenvolvimento acadêmico e social de cada aluno, respeitando suas singularidades e promovendo a igualdade de oportunidades no ambiente educacional.

Cunha (2013) afirma que, em relação ao professor, a primeira e mais importante atitude a ser tomada e o conhecimento sobre o aluno, ou seja, o professor deve conhecer o aluno, saber quais são suas especificidades, as suas necessidades e os seus déficits, para assim saber intervir com a qualidade adequada para um bom rendimento do seu aluno. O professor deve detectar a

habilidades do aluno, as que ele já tem e as que ele deve aprender. Além disso, o professor deve ensinar o aluno a aprender e para isso é necessário conquistá-lo provocando o seu desejo. O início dessa caminhada se dá por meio da conquista do contato visual.

O autor descreve algumas orientações que o professor deve ter com a criança autista que são fundamentais, cinco dentre elas:

[...] penetrar nos afetos do aluno, concentrar-se no contato visual, trazer o olhar do aluno para as atividades que ele está fazendo, procurar sempre enriquecer a comunicação, criar hábitos cotidianos agradáveis, fazer tudo com serenidade, mas com voz clara e firme, executar uma atividade de cada vez, privilegiar vínculos afetivos, corrigir ensinando e não reprimindo (CUNHA, 2013, p. 93).

Já Goellner (2016, p. 59) afirma que

planejar e intervir são fatores fundamentais para o sucesso, porém o professor deve saber o momento certo para, por exemplo, mudar a atividade, ou aplicar determinada atividade em função do comportamento do aluno naquele momento, ou seja, a sensibilidade e a experiência do professor para trabalhar com as crianças autistas e mudar a perspectiva da atividade quando necessário, também é um fator importantíssimo para alcançarmos os objetivos traçados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho, foi possível verificar a relevância do tema e a importância de auxiliar professores do AEE em suas práticas pedagógicas. Foi possível pensar e elaborar atividades que possam ser pensadas em diferentes contextos e que possam ser adaptadas conforme a realidade de cada criança.

REFERÊNCIA

ADLER, B. A.; MINSHAWI, N. F.; ERICKSON, C. A. Evolution of autism: from Kanner to DSM-V. In: J. Tarbox, D. R. Dixon; P. Sturmey; J. L. Matson, J.L. (org.). **Handbook of early intervention for autism spectrum disorders: research, policy, and practice**. USA: Springer. 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4939-0401-3>. Acesso em: 22 jun. 2023.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (Rev. Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4 ed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5 ed. Tradução Nascimento, M. L. C. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AUTISMO. **Política Nacional de Atenção à Pessoa Portadora da Síndrome de Autismo**. Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento: Guia Prático para Pais e Profissionais. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

BENEDICTO, R. P. *et al.* Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 25-32, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2023.

BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 13, nº 1, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000100017>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações. **Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Decreto n. 7.611, de 17 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm#art11. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. **Lei 13.861/2019 de 18 de julho de 2019.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113861.htm. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Lei 12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014. **Regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020. **Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências.** Brasília. 2020 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113977.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. **Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde,** Brasília. 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 5.692 de 11 de agosto de 1971. **Fixa Diretrizes e Bases para o Ensino de 1º e 2º Graus**, e dá outras Providências (Revogada pela Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15692.htm#:~:text=Art.,o%20exerc%C3%ADcio%20consciente%20da%20cidadania. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília – DF. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Declaração Mundial sobre Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem. Jomtien, Tailândia: UNESCO. 1990b. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000086291_por Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Brasília – DF. 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf> Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.394, de 20 e dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de dezembro de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009. **Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial**. Brasília, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. NOTA TÉCNICA – SEESP/GAB/Nº 11/2010. **Orientações para a institucionalização da Oferta do Atendimento Educacional Especializado – AEE em Salas de Recursos Multifuncionais, implantadas nas escolas regulares**. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=9937-nota-tecnica-11-2010&Itemid=30192. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, janeiro de 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Adaptações Curriculares. Brasília: Ministério da Educação, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB 2/2001. **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica**. Diário Oficial da União. Brasília, 14 de setembro de 2001. Seção 1E, p. 39-40. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf> Acesso em: 05 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Estratégias para a educação de alunos com necessidades educacionais especiais**. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Programa de Educação Inclusiva: Direito à Diversidade. – Brasília – DF. 2005a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/17434-programa-educacao-inclusiva-direito-a-diversidade-novo> Acesso em: 7 abr. 2023.

BRITO, G. R. **Desenvolvimento e evidências de validade e precisão de instrumentos de avaliação dos componentes de leitura no ensino fundamental II**. Dissertação de Mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie. Faculdade de Distúrbios do Desenvolvimento. Repositório da Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2017.

CARVALHO NETO, M. B. Análise do comportamento: Behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. **Interação em Psicologia**, (2002). Disponível em: https://www.cemp.com.br/arquivos/25932_65.pdf. Acesso em: 21 jan. 2023.

COELHO, C. P.; SOARES, R. G.; ROEHRS, R. Visões Sobre Inclusão Escolar No Contexto De Educação Especial: PCN X BNCC. **Revista Educação e Políticas em Debate**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 158–174, 2019. DOI: 10.14393/REPOD-v8n2a2019-50943. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/view/50943>. Acessado em: 30 jul. 2023.

CORREIA, R. **Guia do autismo para papais perdidos e mães desesperadas** (livro eletrônico). São Bernardo do Campo, SP: Ed. do Autor, 2023.

COSTA, Y.; FERMOSELI, A.; LOPES, A. Análise do Comportamento no processo de ensino- aprendizagem e educação. **Rev. Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v.2, n.1, p. 213-226, maio. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/1414/776>. Acesso em: 20 maio 2023.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>. Acesso em: 20 maio 2023.

CUNHA, E. **Autismo na Escola**. 2 ed. Rio de Janeiro: Wak, 2013.

CUNHA, E. **Autismo na escola: um jeito diferente de aprender, um jeito diferente de ensinar – ideias e práticas pedagógicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2015.

EISENBERG, L.; KANNER, L. **Early Infantile Autism, 1943-1955**. Psychopathology: A Source Book, edited by Charles F. Reed, Irving E. Alexander and Silvan S. Tomkins, Cambridge, MA and London, England: Harvard University Press, 1943. Disponível em: <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674367012.c2>. Acesso em: 25 jan. 2023.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H. Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 289-296, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/codas/a/vgGhzWvhgWXJXp5PrvBK9Nr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 06 jun. 2023.

FERNANDES, S. **Fundamentos para Educação Especial**. Curitiba, IBEPEX, 2007

- FERREIRA, E. C. V. **Prevalência de autismo em Santa Catarina: uma visão epidemiológica contribuindo para a inclusão social.** Florianópolis, SC, 2008.
- FERREIRA, J. R. **A construção escolar da deficiência mental.** Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.
- FRIEDAN, B. **Mística Feminina: o livro que inspirou a revolta das mulheres americanas.** Tradução de Áurea B. Weissenberg. Rio de Janeiro: Vozes, 1971.
- FROHLICH, R.; LOPES, M. C. Serviços de apoio à inclusão escolar e a constituição de normalidades diferenciais. **Revista Educação Especial, [S. l.]**, v. 31, n. 63, p. 995–1008, 2018. DOI: 10.5902/1984686X33074. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/33074>. Acesso em: 22 jun. 2023.
- GADIA, C. A, *et al.* **Autismo e Doenças Invasivas de Desenvolvimento.** Rio de Janeiro: Jornal de Pediatria, 2004.
- GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11): características, inovações e desafios para implementação.** Asklepion: Informação em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, v. 1, n. 1, p. 104–118, 2021. DOI: 10.21728/asklepion.2021v1n1.p104-118. Disponível em: <https://asklepionrevista.info/asklepion/article/view/7>. Acesso em: 22 jun. 2023.
- GOELLNER, H. B. **A inclusão de um aluno autista na educação física infantil: um relato de experiência.** 2016.
- GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S. **Engaging Autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think.** Philadelphia: Da Capo Lifelong Books, 2006.
- JANNUZZI, G. **A luta pela educação do deficiente mental no Brasil.** Campinas/SP: Editores Associados, 1992
- KANNER, L. **Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo.** 1943. Disponível em: <http://www.profala.com/artautismo11.htm>. Acesso em: 21 jun. 2023.
- KHOURY, L. P. *et al.* **Manejo Comportamental de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo em condição de inclusão escolar: guia de orientação a professores [livro eletrônico].** – São Paulo: Memnon, 2014.
- KUPERSTEIN, A.; MISSALGIA V. **Autismo.** 2005. Disponível em: <http://www.autismo.com.br>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- LIMA, R. C. **A cerebralização do Autismo.** In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. M. Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/ UFRJ, 2007.
- LOPES, M. C.; FABRIS, E. H. **Inclusão & Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013.
- MAENNER M. J; WARREN Z; WILLIAMS A. R. **Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020.** MMWR

Surveill Summ 2023;72(No. SS-2):1–14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>. Acesso em: 04 abr. 2023.

MATOS, S. N.; MENDES, E. G. A proposta de inclusão escolar no contexto nacional de implementações das políticas educacionais. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 10, no 16, Jan./Jun., 2014. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/762>. Acesso em: 04 abr. 2023.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação especial no Brasil: história e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 1996.

MCEACHIN, J. J., SMITH, T.; LOVAAS, O. I. **Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment**. American Journal on Mental Retardation, 1993.

MELLO, A. M. S. R. **Autismo: guia prático**. Brasília: CORDE, 2000.

MENDES, M. T. S. **Ensino colaborativo na educação infantil para favorecer o desenvolvimento da criança com deficiência intelectual**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar, 2016.

MERGL, M *et al.* **Tipos de Ecolalia em Crianças com Transtorno de Espectro Autista**. Revista CEFAC, São Paulo, v. 17, ed. 6, p. 2072-2080, 2015. Disponível em: <http://www.revistacefac.com.br/>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MIRANDA, A. A. B. Educação Especial no Brasil: desenvolvimento histórico. **Cadernos de História da Educação**, n. 7, p. 29-44, jan./dez, 2008. Disponível em: <https://sumarios.org/revista/cadernos-de-hist%C3%B3ria-da-educa%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MORAES, Fulvio Alberto de. **Análise do Comportamento Aplicada (ABA) ao Transtorno do Espectro Autista Treino de Habilidades Sociais e Tratamento Precoce em Crianças**. Sorocaba. 2021. Disponível em: https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/36524/1/FULVIO_ALBERTO_D_E_MORAES.pdf. Acesso em: 12 jul. 2023.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento**. 2 ed. Porto Alegre; Artmed, 2007.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, V.1, Nº 3, 2º SEM./1996. Disponível em: https://www.academia.edu/34790129/PESQUISA_QUALITATIVA_CHARACTER%C3%8DSTICAS_USOS_E_POSSIBILIDADES?bulkDownload=thisPaper-topRelated-sameAuthor-citingThis-citedByThis-secondOrderCitations&from=cover_page. Acesso em: 23 jan. 2023.

NEWSCHAFFER, C. J.; *et al.* **The epidemiology of autism spectrum disorders***. Annu. Rev. Public Health, 2007.

OAB, Comissão da Defesa dos Direitos da Pessoa com Autismo da Seccional. **Cartilha dos Direitos da Pessoa com Autismo**. Gestão 2013-2015. Brasília-DF, 2015.

ODA, F. **Análise do comportamento e autismo**: Marcos históricos descritos em publicações norteamericanas influentes. **Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Texas**, 20(3), 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i3.1218>. Acesso em: 20 maio 2023.

OLIVEIRA, T. M. de. **Modelo Assistencial à Criança Portadora de Autismo**. Maceió: Centro Estadual de Educação Especial Professora Wandette Gomes de Castro, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10** Décima revisão. Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. vol 2, 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

PAPIM, Â. A. P.; SANCHES, K. G. **Autismo e Inclusão**: levantamento das dificuldades encontradas pelo professor do atendimento educacional especializado em sua prática com crianças com autismo. 84 p. Monografia (Especialização) – Centro Universitário Católico Salesiano, 2013.

PEREZ, C; COLTRI, L; LIMA, R. **Estratégias da Análise do Comportamento Aplicada para pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo**. Memnon edições científicas, São Paulo, 2018.

PHILIP, C. **Autisme et parentalité**. Paris: Dunod, 2009

PIMENTA P. R. Clínica e Escolarização dos Alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Educação & Realidade**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/QYmr6MvJbr3WygLfGLBrm5x/#>. Acesso em: 10 abr. 2023.

PIMENTEL, S.; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. **Rev. Educação Especial**, v.26, n. 47, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X9694>. Aceso em: 20 maio 2023.

ROCHA; G. S. S. *et al.* **Terapias alternativas e complementares no tratamento de sintomas gastrointestinais em crianças com Transtorno do Espectro Autista**. [S.I]: Virtual Books, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3538/2214>. Acesso em: 10 abr. 2023.

RODRIGUES, D. Questões preliminares sobre o desenvolvimento de políticas de Educação inclusiva. Inclusão: **Revista de Educação Especial**, Brasília, v. 4, n.1, jun. 2008.

RUSSO, F. **O que é o autismo?** 2017. Disponível em: <https://neuro-conecta.com.br/o-que-e-autismo/>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SANTOS, E.; LEITE, F. A distinção entre reforçamento positivo e negativo em livros de ensino de análise do comportamento. **Rev. Perspectivas**, v. 04, n. 01, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pac/v4n1/v4n1a03.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

SCHMIDT, B., *et al.* **Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19)**. SciELO Preprints, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.58>. Acesso em: 19 dez. 2022.

SCHUCHMANN, A. Z. *et al.* **Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19**. Brazilian Journal of Health Review, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. A. **Transtorno do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon, 2015.

SKINNER, B. F. **About behaviorism**. New York: Alfred A. Knopf, 1974.

TAMANAH, A. C. *et al.* **Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/4R3nNtz8j9R9kgRLnb5JNrv/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

TUCHMAN, R.; RAPIN, I. **Autismo: abordagem neurobiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

VINOCUR, E. **Autismo: o que é, sintomas e tipos**. 2017. Disponível em: minhavidacom.br/saude/temas/autismo. Acesso em: 12 jun. 2023.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

XIAO, C. **A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy**. Psychiatry Investigation 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7047000/pdf/pi-2020-0047.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2022.

APÊNDICE - PRODUTO EDUCACIONAL

**PRÁTICAS EDUCATIVAS INCLUSIVAS PARA SALA DE AEE DO ENSINO
FUNDAMENTAL PARA ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

LUIZA HELENA ANDRÉ SANTOS CHIOVATO

Uberlândia – MG

2023

LUIZA HELENA ANDRÉ SANTOS CHIOVATO

**PRÁTICAS EDUCATIVAS INCLUSIVAS PARA SALA DE AEE DO ENSINO
FUNDAMENTAL PARA ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Produto Educacional apresentado ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Educação Básica: formação docente para a Educação Básica da Universidade de Uberaba (PPGEB/UNIUBE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Eloy Alves Filho.

Linha de pesquisa: Educação Básica: Fundamentos e Planejamento

Uberlândia – MG

2023

1 INTRODUÇÃO

Atividades lúdicas, jogos e brincadeiras, são práticas produtivas para a apropriação do sistema de escrita, pois permitem que o aluno elabore hipóteses e também sistematize o que já foi estudado. Nesta sequência, a ênfase será sobre a letra R, representando:

- Som forte (RATO, CARRO);
- Som brando (BARATA, CARO);
- Som da letra R em final de sílaba (AMAR, MAR);
- Letra R na formação de sílabas do tipo CCV (BRAVO, CRIANÇA, FRACO)

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL DAS AULAS

- Propiciar a oportunidade de ensino-aprendizagem de alunos autistas acerca das diferentes possibilidades de pronúncia do fonema R.
- Utilizar jogos, TDICs e simuladores para auxiliar no aprendizado do conteúdo.

Pré-requisitos: Conhecimentos das letras do alfabeto, leitura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Consciência silábica

- (EF02LP30) Segmentar palavras em sílabas e remover e substituir sílabas iniciais, mediais ou finais para criar novas palavras.

Estruturas silábicas

- (EF02LP33) Ler e escrever corretamente palavras com sílabas CV, V, CVC, CCV, identificando que existem vogais em todas as sílabas.

Importante: a letra R pode ter registros de pronúncia diferentes dependendo da região, do grupo social e de circunstâncias específicas (por exemplo, a pronúncia da letra R em FORTE, no Rio de Janeiro, em algumas regiões de Minas Gerais e de São Paulo, assim como no Rio Grande do Sul). Devem ser respeitadas essas variações.

3 RECURSOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS

Alfabeto de EVA ou madeira, massinha de modelar, atividade plastificada com velcro, quadro, giz ou caneta, caderno, lápis preto, borracha, revistas ou jornais, tablet ou computador

com acesso à internet, textos de atividades. Sites ou aplicativos para ouvir pronúncias de palavras. Sugestão de site: Google Translate.

4 DESENVOLVIMENTO

Aula 1

Apresentação da letra R com alfabeto móvel:

- Com o auxílio do alfabeto móvel de EVA ou madeira, forma-se pequenas palavras com a letra R. Primeiro, com palavras que começam com a letra R e depois, com palavras com R no meio e no final.
- Todas as palavras devem ser pronunciadas com clareza ao serem montadas e pedir para que a criança repita o som da mesma.
- Depois, peça à criança que faça igual a sua palavra montada com o mesmo alfabeto móvel.
- Caso a criança tenha dificuldades para montar, solicite que ela entregue algumas letras para te auxiliar a montar a palavra que deseja, dando ênfase na letra R.



Figura 2: Modelos de Alfabeto de EVA

Aula 2

A consciência fonêmica é uma habilidade importante para a alfabetização e trata de ensinar os sons das palavras e letras. Para aprender a ler, antes é preciso desenvolver a consciência de que as palavras são compostas por sons (fonemas). A capacidade de perceber, pensar e manipular os fonemas é consciência fonêmica.

Identificação do som da letra R:

- Com o auxílio de massinha faça bolinhas e com letras de EVA forma-se palavras que tenham a letra R, depois peça a criança para ler pausadamente e aperte cada bolinha de massinha referente a cada letra que ouvir.



Figura 3: Atividade de identificação dos sons

- Depois, junte a massinha, entregue palavras impressas e peça para que a criança faça “minhoquinhas” com a massinha para contornar as letras.



Figura 4: Atividade para imitação das letras.

Aula 3

Identificação de palavras iniciadas com a letra R:

- Inicialmente propõe-se a imitação da letra com a caixa de areia. A caixa de areia tem como objetivo introduzir a criança na pré-escrita de uma forma sensorial, através da coordenação olho-mão, mediante a representação criativa de figuras. Dessa forma, a aprendizagem se realiza pouco a pouco e progressivamente, a partir de um jogo.
- Depois, apresenta-se o card plastificado com palavras iniciadas com a letra R e depois pede para que a criança circule com o canetão os R que encontrou.



Figura 5: Card com letra R