

EDUCAÇÃO, NEURODIVERSIDADE & SAÚDE VOLUME 1

POLÍTICAS, CONTEXTOS E PRÁTICAS INCLUSIVAS


EDITORA
SCHREIBEN

EUNICE NÓBREGA PORTELA
DIRCE MARIA DA SILVA
BRUNA BEATRIZ DA ROCHA
REBECA FREITAS IVANICKA

EUNICE NÓBREGA PORTELA
DIRCE MARIA DA SILVA
BRUNA BEATRIZ DA ROCHA
REBECA FREITAS IVANICKA
(ORGANIZADORAS)

EDUCAÇÃO, NEURODIVERSIDADE E SAÚDE:



POLÍTICAS, CONTEXTOS E PRÁTICAS INCLUSIVAS

VOLUME I



EDITORA
SCHREIBEN

2024

© Dos Organizadores - 2024
Editoração e capa: Schreiber
Imagem da capa: Sofia Meira Escher
Revisão: os autores
Livro publicado em: 12/06/2024
Termo de publicação: TP0372024

Conselho Editorial (Editora Schreiber):

Dr. Adelar Heinsfeld (UPF)
Dr. Airton Spies (EPAGRI)
Dra. Ana Carolina Martins da Silva (UERGS)
Dr. Cleber Duarte Coelho (UFSC)
Dr. Deivid Alex dos Santos (UEL)
Dr. Douglas Orestes Franzen (UCEFF)
Dr. Eduardo Ramón Palermo López (MPR - Uruguai)
Dr. Fábio Antônio Gabriel (SEED/PR)
Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes (UENP)
Dra. Ivânia Campigotto Aquino (UPF)
Dr. João Carlos Tedesco (UPF)
Dr. Joel Cardoso da Silva (UFPA)
Dr. José Antonio Ribeiro de Moura (FEEVALE)
Dr. José Raimundo Rodrigues (UFES)
Dr. Klebson Souza Santos (UEFS)
Dr. Leandro Hahn (UNIARP)
Dr. Leandro Mayer (SED-SC)
Dra. Marcela Mary José da Silva (UFRB)
Dra. Marciane Kessler (URI)
Dr. Marcos Pereira dos Santos (FAQ)
Dra. Natércia de Andrade Lopes Neta (UNEAL)
Dr. Odair Neitzel (UFFS)
Dr. Wanilton Dudek (UNESPAR)

Esta obra é uma produção independente. A exatidão das informações, opiniões e conceitos emitidos, bem como da procedência das tabelas, quadros, mapas e fotografias é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Editora Schreiber
Linha Cordilheira - SC-163
89896-000 Itapiranga/SC
Tel: (49) 3678 7254
editoraschreiber@gmail.com
www.editoraschreiber.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E26 Educação, neurodiversidade e saúde : políticas, contextos e práticas inclusivas.
Volume 1. / Organizadoras: Eunice Nóbrega Portela... [et al.]. – Itapiranga :
Schreiber, 2024.
218 p. ; e-book

E-book no formato PDF.
EISBN: 978-65-5440-271-2
DOI: 10.29327/5405839

1. Educação inclusiva. 2. Neuropsicologia. 3. Transtornos do espectro autista. I.
Título. II. Portela, Eunice Nóbrega. III. Silva, Dirce Maria da. IV. Rocha, Bruna
Beatriz da. V. Ivanicska, Rebeca Freitas.

CDU 376

Bibliotecária responsável Kátia Rosi Possobon CRB10/1782

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....7

Eunice Nóbrega Portela

EIXO TEMÁTICO 1 NEURODIVERSIDADE E SAÚDE

EDUCAÇÃO, NEURODIVERSIDADE E SAÚDE:

OLHARES QUE SE ENTRECruzAM.....10

Eunice Nóbrega Portela

Dirce Maria Silva

ANÁLISE NEUROPSICOLÓGICA DAS DIFERENÇAS NA
COGNIÇÃO SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA.....22

Eunice Nóbrega Portela

Dirce Maria da Silva

TRANSTORNO Opositor DESAFIANTE *VERSUS* TRANSTORNO
DISRUPTIVO DA DESREGULAÇÃO DO HUMOR: UMA ANÁLISE
COMPARATIVA EM ADOLESCENTES E ADULTOS.....36

Eunice Nóbrega Portela

Dirce Maria da Silva

TRANSTORNO Opositor DESAFIADOR (TOD):
DESAFIOS E PERSPECTIVAS COMPORTAMENTAIS NO
PROCESSO DA EDUCAÇÃO INFANTIL.....44

Jamerson Francisco Sousa Magalhães

Luís de Gonzaga Costa Oliveira

APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS (ABA) OU ANÁLISE APLICADA
DO COMPORTAMENTO: UM ESTUDO PANORÂMICO SOBRE
ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS E EFICÁCIA DO MÉTODO
PARA NEURODIVERGENTES.....57

Dirce Maria da Silva

Eunice Nóbrega Portela

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:
DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA IMPLEMENTAÇÃO PARA
AUTISTAS COM ALTA FUNCIONALIDADE.....67

Eunice Nóbrega Portela

A ATUAÇÃO DA PSICOPEDAGOGIA COM DISCENTES EM CASOS DE TRANSTORNO DO ESPECTRO DE AUTISMO: PRÁTICAS NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INFANTIL.....	81
---	----

Marlene Valaski Bortoli

Eduardo Fofonca

A IMPORTÂNCIA DA PSICOMOTRICIDADE NO DESENVOLVIMENTO HUMANO E PROMOÇÃO DA INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL.....	89
--	----

Kátia Geane Souza Silva

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ANALÍTICA PARA O ENVELHECIMENTO AUTÔNOMO E SIGNIFICATIVO: UMA PERSPECTIVA JUNGUIANA.....	104
--	-----

Verônica Silva de Souza

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: BENEFÍCIOS DA ARTETERAPIA NO CUIDADO, PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E INCLUSÃO SOCIAL DO IDOSO.....	122
--	-----

Elizabete Adelaide da Silva

GESTÃO DO RESÍDUO INFECCIOSO NA MATERNIDADE DO CENTRO DE SAÚDE 17 DE SETEMBRO – QUELIMANE.....	132
--	-----

Benilde De Oliveira

Cátia Zomane

Judite Gimo

EIXO TEMÁTICO 2 NEURODIVERSIDADE E POLÍTICAS

COLETIVOS AUTISTAS EM UNIVERSIDADES: ACESSO AOS DIREITOS À EDUCAÇÃO E À SAÚDE.....	152
--	-----

Honácio Braga de Araújo

OS AVANÇOS E OS DESAFIOS DA INCLUSÃO LGPD NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS.....	167
---	-----

Ana Luzia Amaro dos Santos

Dilani MC Comb

Gabriel Nascimento de Carvalho

Marlon Seabraa

A JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NA GARANTIA DE UM SISTEMA EDUCACIONAL INCLUSIVO: BREVE ENSAIO SOBRE A AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE n. 6590/DF.....	181
<i>Éuric Khaúri Oliveira Cassiano</i>	
<i>Ana Beatriz Almeida Moreno</i>	
POLÍTICAS DE IGUALDADE DE GÊNERO NA PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS, CIDADANIA E INCLUSÃO.....	199
<i>Horácio Lessa Ramalho</i>	
POSFÁCIO.....	211
<i>Eunice Nóbrega Portela</i>	
ÍNDICE REMISSIVO.....	213

PREFÁCIO

A compreensão e a valorização da neurodiversidade são fundamentais para a construção de uma sociedade inclusiva e equitativa. O livro “Educação, Neurodiversidade e Saúde: Políticas, Contextos e Práticas Inclusivas” surge como uma contribuição significativa nesse campo, oferecendo uma abordagem multidisciplinar que integra perspectivas educacionais, psicológicas e de saúde.

Neste primeiro volume, os leitores encontrarão uma rica coletânea de estudos e reflexões que abordam a complexa intersecção entre neurodiversidade e saúde. Os capítulos exploram temas variados, proporcionando uma visão abrangente das nuances envolvidas no cuidado e na educação de indivíduos neurodivergentes.

O texto inicial nos convida a refletir sobre os olhares que se entrecruzam entre educação, neurodiversidade e saúde, estabelecendo o tom para uma discussão aprofundada que permeia toda a obra. As análises neuropsicológicas das diferenças na cognição social em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a comparação entre Transtorno Opositor Desafiante (TOD) e Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor oferecem contribuições valiosas para profissionais e pesquisadores.

A obra também aborda práticas terapêuticas e educacionais, como a Análise Aplicada do Comportamento (ABA) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), destacando seus desafios e estratégias na implementação para autistas. O papel da psicopedagogia na educação infantil e as contribuições da psicologia analítica para o envelhecimento autônomo e significativo, sob uma perspectiva junguiana, são explorados em profundidade.

As práticas integrativas e complementares em saúde, como a arteterapia, são apresentadas como ferramentas poderosas para a promoção da qualidade de vida e inclusão social dos idosos. A importância da psicomotricidade no desenvolvimento humano desde a educação infantil é igualmente ressaltada, sublinhando seu papel na promoção da inclusão desde os primeiros anos de vida.

Este livro é um recurso essencial para educadores, terapeutas, psicólogos e todos os profissionais envolvidos na promoção da neurodiversidade e da saúde integral. Ele nos desafia a reconsiderar nossas práticas e a adotar abordagens mais inclusivas, garantindo que todos os indivíduos possam alcançar seu pleno potencial.

Esperamos que esta obra inspire, informe e transforme saberes em práticas inclusivas.

Boa leitura!

Eunice Nóbrega Portela
Doutora em Educação

EIXO TEMÁTICO 1



NEURODIVERSIDADE E SAÚDE

EDUCAÇÃO, NEURODIVERSIDADE E SAÚDE: OLHARES QUE SE ENTRECruzAM

Eunice Nóbrega Portela¹

Dirce Maria Silva²

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, muitos grupos sociais, frequentemente referidos como “minorias”, foram sistematicamente marginalizados e excluídos das práticas sociais e institucionais, por não se adequarem a padrões de “normalidade” convencionalmente estabelecidos.

Em várias nações, as legislações nacionais impuseram a esses indivíduos restrições educacionais, políticas e arquitetônicas deliberadas que bloquearam sua participação plena na vida comunitária. Consequentemente, essas pessoas frequentemente acabavam segregadas em hospitais, clínicas e instituições psiquiátricas de longa permanência, onde raramente havia incentivo para o desenvolvimento de suas capacidades sociocognitivas, emocionais e comunicativas.

Entre esses grupos, estão incluídas pessoas com deficiências (físicas, sensoriais, intelectuais ou múltiplas), autistas e indivíduos com transtornos funcionais específicos como dislexia, disgrafia, disortografia, discalculia, e transtornos de atenção e hiperatividade.

Somente no final do século XIX, alguns pioneiros nas áreas de Educação e Saúde, como a educadora, médica e pedagoga italiana Maria Montessori,

1 Pós-doutorado em Psicanálise Clínica Profissional. Doutorado em Educação pela Universidade de Brasília. Mestrado em Educação pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduada em Transtorno do Espectro Autista, Terapia Cognitivo-Comportamental; Análise do Comportamento Aplicada; Psicopedagogia Clínica e Institucional, Neuropsicologia Clínica, Orientação Educacional e Administração Escolar. Graduada em Pedagogia pela Universidade de Brasília. Docente do Ensino Superior. E-mail: eunicenp65@gmail.com @draeunice_nobrega Blog: www.draeunicenobrega.blog.br.

2 Doutoranda em Estudos Literários Comparados pela Universidade de Brasília. Mestre em Direitos Humanos (Unieuro/DF). Licenciada Letras e em Pedagogia; Bacharel em Administração. Pós-graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Análise do Comportamento Aplicada, Transtorno do Espectro Autista e Neuropsicopedagogia Institucional; Docência do Ensino Superior, Língua Inglesa, Educação a Distância, Gestão Pública e Negócios e Recursos Humanos. Possui experiência como docente no Ensino Superior e na Educação Básica. E-mail: profdircesalome@gmail.com.

começaram a questionar os métodos clínicos e educacionais aplicados à maioria das pessoas que não se encaixavam no padrão de “normalidade”.

Passou a argumentar a favor da urgente necessidade de alterar legislações capacitistas, propuseram-se estratégias clínicas e pedagógicas para promover o desenvolvimento e a autonomia desses indivíduos. No entanto, conforme Mantoan (2003), essas iniciativas foram esporádicas e não alcançaram a maioria da população excluída e isolada, dado que a percepção predominante na época era de que as diferenças desafiavam a coesão social.

No final do século XX, Judy Singer³, socióloga australiana, autista e pesquisadora precursora na valorização das diferenças, criou o termo “neurodiversidade”, em 1998. Segundo a autora, a neurodiversidade compreende condições neurológicas divergentes do “padrão” como variações naturais, partes integrantes da diversidade humana, e não como condições que requerem cura ou tratamentos invasivos, para tornar os indivíduos neurodivergentes “indistinguíveis dos seus pares” (Singer, 1999; Souza, 2018).

Conforme Donvan e Zucker (2009), Singer introduziu o conceito em sua dissertação de doutorado, em 1990. Em sua pesquisa, ela desafiou a visão médica tradicional sobre a origem e o tratamento do autismo, comumente aplicados em hospitais e escolas especiais. Este movimento acadêmico, social e político, visava transformar a compreensão ontológica do autismo e reduzir o estigma associado, que foram predominantemente construídos por profissionais médicos ao longo dos anos (Singer, 2017; Ortega, 2008).

De acordo com Ortega (2009), o movimento de neurodiversidade se opõe firmemente a qualquer pesquisa científica que vise uma “cura” do autismo, reforçando a ideia de que o Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve ser visto como uma variação humana, e não como uma doença a ser curada. Este reconhecimento ajudou a fomentar uma “cultura autista” que ganhou visibilidade e voz, por meio das mídias sociais e *websites*,

Donvan e Zucker (2009) esclarecem que a aceitação da neurodiversidade ganhou força com a inclusão da Síndrome de Asperger⁴ no espectro autista, um desenvolvimento que ocorreu no final do século XX. Lorna Wing, psiquiatra

3 Quando criança, Singer apresentou alguns problemas sociais, como dificuldade em olhar nos olhos de outras pessoas e conversar de forma espontânea, apresentava comportamentos considerados obsessivos e ligações emocionais extremas. Ao longo de toda sua infância, ela sofreu *bullying* e foi excluída por outras crianças nas instituições regulares de ensino que frequentou (Singer, 1999).

4 Com a publicação do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição), em 2013, pela Associação Americana de Psiquiatria, a Síndrome de Asperger foi eliminada como diagnóstico, separada e incorporada sob o diagnóstico mais amplo de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Essa mudança reflete uma compreensão mais integrada do autismo, que é vista agora como um espectro contínuo de condições, que varia em grau e tipo de sintomas, em vez de categorias humanas distintas.

inglês, pioneira no campo dos transtornos do desenvolvimento infantil, foi fundamental para promover essa compreensão, ao argumentar que o autismo abrange um amplo espectro, “a partir de suas potencialidades e de suas formas de entender as situações sociais, políticas e econômicas do mundo”.

Com a inclusão desta condição no DSM-IV em 1994, os critérios diagnósticos para o autismo foram significativamente expandidos. O avanço foi fundamental para abranger uma quantidade mais ampla de indivíduos, incluindo aqueles que são inteligentes, talentosos e autônomos, como Alex Plank, Michael John Carley e Ari Ne’eman, que emergiram como figuras proeminentes no movimento da neurodiversidade na virada do milênio.

A ampliação desses critérios permitiu que muitas outras pessoas talentosas fossem reconhecidas dentro do espectro, fortalecendo argumentos a favor da neurodiversidade, conforme Donvan e Zucker (2009), centrais para o movimento de neurodiversidade, desenvolvimento da consciência e empoderamento da comunidade autista.

Singer (1999) destaca que a popularização do movimento pró-neurodiversidade foi facilitada por vários fatores, incluindo o impacto do movimento feminista, que encorajou as mães a questionarem o modelo psicanalítico predominante, que as culpava por causarem o autismo em seus filhos, devido a um suposto distanciamento afetivo

Além disso, Ortega (2008) esclarece que a expansão da *internet* permitiu a formação e a difusão de grupos de apoio para pessoas neurodivergentes, promovendo troca de informações, de forma mais livre e independente do escrutínio médico.

Nesse sentido, o conceito de “neurodiversidade” surgiu com o propósito de reconhecer e valorizar as habilidades e percepções únicas de indivíduos autistas em relação às realidades sociais, políticas e econômicas. Dessa perspectiva, as diferenças humanas começaram a ser vistas, respeitadas e analisadas como uma categoria social distinta.

No contexto brasileiro, apesar da importância de disseminar o conhecimento sobre neurodiversidade, para construir uma sociedade mais justa, que valorize as diferenças, as discussões acadêmicas sobre o tema ainda são limitadas e focadas, principalmente, nas áreas de neurociência e saúde (Sadzinski Júnior, Wayszceyk, Wuo, 2020).

É notória a falta de estudos sobre neurodiversidade no ambiente escolar e voltados para o público que atua nesse segmento, como gestores escolares, professores e estudantes de cursos de licenciatura. Esse fator é prejudicial, considerando que a escola é um dos principais espaços para o desenvolvimento, socialização e aprendizado, tanto de pessoas neurodivergentes quanto neurotípicas.

Assim, o presente estudo teve como objetivo, discutir os principais aspectos históricos e conceituais do paradigma da neurodiversidade e analisar as diferentes perspectivas entre educação, neurodiversidade e saúde, estabelecendo diálogo com autores que abordam essa temática.

A metodologia de estudo foi a revisão sistemática da literatura com análise qualitativa. No contexto do paradigma da neurodiversidade, essa revisão permitirá explorar como diferentes autores e estudos abordam conceitos, práticas e implicações da neurodiversidade, nas áreas da Educação e Saúde, revelando padrões, contradições e lacunas no conhecimento existente.

DESENVOLVIMENTO

O conceito de neurodiversidade, proposto por Judy Singer, direcionou as buscas para uma nova forma de olhar as diferenças neurológicas, não mais como deficiências, mas como variações normais do desenvolvimento humano.

Este conceito se opõe à patologização das condições neurológicas e promove a aceitação das diferenças cognitivas e comportamentais, como parte natural da diversidade humana (Robertson e Ne'eman, 2008).

A neurodiversidade é fundamentada por teorias que enfatizam a importância de ambientes educacionais e de trabalhos adaptativos que reconheçam e utilizem os pontos fortes de cada indivíduo. De acordo com a teoria das inteligências múltiplas de Gardner (1983), cada pessoa tem um conjunto único de habilidades cognitivas, e essa diversidade deve ser reconhecida e valorizada nas práticas educacionais e laborais.

Juridicamente, o conceito de neurodiversidade está ganhando terreno nas legislações que promovem direitos, mais igualdade e oportunidades para todos, independentemente das suas diferenças neurológicas. No Brasil, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei n. 13.146/2015) e a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) são exemplos de marcos legais que visam assegurar que as necessidades de pessoas com neurodivergências sejam consideradas nas escolas e locais de trabalho (Brasil, 2015; MEC, 2008).

Essas legislações são complementadas por normativas internacionais como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (2006), que o Brasil ratificou e que reforça a necessidade de uma abordagem inclusiva que valorize a diversidade e a diferença como parte da experiência humana.

DIVERSIDADE E NEURODIVERGÊNCIA

Neurodivergência é um termo que abrange uma variedade de condições relacionadas a diferenças neurológicas, em relação ao que é considerado típico ou padrão. Refere-se à diversidade dos cérebros e mentes com variações que impactam o funcionamento neurológico. Nesse sentido, reitera-se que tais diferenças não são defeitos, mas variações naturais da cognição humana, cada uma com seus desafios e pontos fortes (Armstrong, 2011; Singer, 1999).

As neurodivergências mais comumente reconhecidas são: Transtorno do Espectro Autista (TEA), condição de desenvolvimento que afeta a comunicação e o comportamento, caracterizada por desafios com interações sociais, comportamentos repetitivos e interesses restritos, e o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), que envolve sintomas de inatenção, desorganização, hiperatividade e impulsividade, inconsistentes com o nível de desenvolvimento de uma pessoa.

Outros transtornos neurodivergentes menos comuns são: a) Dislexia: transtorno de aprendizagem específico, que afeta a capacidade de ler, caracterizado por dificuldades com a decodificação de palavras, ortografia e, muitas vezes, também, com a compreensão de leitura; b) Dispraxia: também conhecida como Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, condição que afeta o movimento físico e a coordenação, impactando nas atividades diárias e habilidades motoras; c) Discalculia: transtorno de aprendizagem específico que afeta a habilidade de uma pessoa em compreender números e aprender matemática; e) Transtorno de Processamento Sensorial: condição em que o cérebro tem dificuldade em receber e responder a informações que vêm dos sentidos, o que pode resultar em sensibilidade excessiva ou sub-sensibilidade a estímulos ambientais; d) Síndrome de Tourette e outros transtornos tic, condições neurológicas caracterizadas por tiques, que são movimentos ou sons repetitivos e involuntários e e) Transtorno obsessivo Compulsivo (TOC), condição comum e crônica, onde uma pessoa tem pensamentos intrusivos e repetitivos (obsessões) e comportamentos que se sente compelido a repetir (compulsões), dentre outros.

Tais condições ilustram a diversidade do espectro neurológico humano. É importante notar que o termo neurodiversidade é um conceito que busca reconhecer e valorizar essas diferenças como variações naturais do desenvolvimento humano, em vez de deficiências ou defeitos.

Como afirmado por Armstrong (2011), “a neurodiversidade pode ser uma fonte de força e inovação”. Nessa perspectiva, é possível afirmar que a sociedade está progredindo em direção a uma maior compreensão de como é ser uma pessoa autista, em vez de simplesmente *ter autismo*. Além disso, começa-se a

reconhecer o TEA como uma condição humana cujas características precisam ser entendidas e valorizadas. Reconhece-se que existem variações significativas dentro do espectro, mas é essencial considerar cada indivíduo como um aprendiz, com direito pleno de participação nos espaços sociais.

NEURODIVERSIDADE NO CONTEXTO E INCLUSIVO

No contexto social, neurodiversidade inclui a aceitação das condições neurodivergentes, não como deficiências ou distúrbios, mas como variações na individualidade humana que devem ser respeitadas e valorizadas (Walker, 2012; Armstrong, 2011).

A inclusão de indivíduos neurodivergentes, no contexto social, implica a criação de ambientes que reconhecem e se adaptam, promovendo igualdade de oportunidades em educação, trabalho e na vida social. Este enfoque está alinhado com o movimento mais amplo de direitos civis, que busca a aceitação da diversidade humana como um valor intrínseco à sociedade (Robertson, 2010).

A abordagem da neurodiversidade é sustentada por vários modelos teóricos que desafiam a visão médica tradicional de deficiência. O modelo social da deficiência, por exemplo, argumenta que são as barreiras sociais e ambientais que “deficiam” as pessoas, não suas diferenças físicas ou neurológicas (Oliver, 1996). Este modelo incentiva a remoção de barreiras e a adaptação do ambiente para atender às necessidades de todos.

A legislação internacional, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), promove e protege os direitos e a dignidade das pessoas com deficiências, incluindo aquelas com diferenças neurológicas. No Brasil, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei n. 13.146/2015) é um marco legal que assegura e promove os direitos das pessoas com deficiência, enfatizando a necessidade de inclusão social e acessibilidade (Brasil, 2015).

A efetiva inclusão de pessoas em nossa sociedade é um tema crucial que demanda um olhar cuidadoso e comprometido de todos os setores sociais. Quando falamos de inclusão, estamos nos referindo à implementação de práticas que garantam a participação plena e igualitária de todos, independentemente de suas condições físicas, neurológicas, sociais ou econômicas.

A necessidade de inclusão efetiva não é apenas um ato de justiça social, mas também um impulsionador de diversidade, que enriquece os ambientes e as perspectivas. A inclusão fomenta ambientes de respeito mútuo, onde as diferenças são vistas como fontes de aprendizado e crescimento. Isso se reflete em políticas públicas mais abrangentes, em ambientes de trabalho mais produtivos e criativos, e em instituições educacionais que preparam cidadãos mais conscientes e capacitados para lidar com os desafios da vida moderna.

Além disso, a inclusão é um direito garantido por leis internacionais e constituições nacionais ao redor do mundo. O compromisso com a inclusão é um reflexo de sociedades que valorizam a dignidade humana e buscam reduzir desigualdades. A implementação de políticas inclusivas, eficazes, requer abordagem interdisciplinar e o envolvimento das múltiplas partes interessadas, incluindo governos, instituições privadas, organizações não governamentais e a sociedade civil.

Entende-se que a efetividade da inclusão é indicativa de maturidade e humanidade em uma sociedade, destacando-se a importância de cada indivíduo como parte integral e valiosa do tecido social. Portanto, é fundamental que continuemos a desenvolver e implementar estratégias de inclusão que atendam às necessidades imediatas e que promovam um futuro sustentável e inclusivo para todos.

PERSPECTIVAS ENTRE EDUCAÇÃO, NEURODIVERSIDADE E SAÚDE

A relação entre educação, neurodiversidade e saúde é multidisciplinar, pois as diferenças neurológicas afetam o aprendizado, o comportamento e o bem-estar dos indivíduos. A educação adaptativa reconhece essas diferenças e ajusta os métodos de ensino para atender às necessidades individuais dos alunos.

Estudos demonstram que a educação inclusiva, que integra alunos neurodivergentes, em salas de aula regulares e com os apoios necessários, pode melhorar os resultados acadêmicos e sociais desses alunos (Ravet, 2018).

A adaptação dos métodos de ensino, para atender às necessidades específicas dos alunos neurodivergentes, pode reduzir o estresse e aumentar a autoestima dos estudantes, promovendo ambiente de aprendizado mais positivo (Armstrong, 2015).

A saúde das pessoas neurodivergentes pode ser afetada por vários fatores, incluindo a falta de compreensão e apoio na sociedade e no sistema educacional. A falta de compreensão e suporte pode levar a níveis mais altos de ansiedade, depressão e outras questões de saúde mental. Estudos indicam a importância de estratégias de suporte integradas, que considerem tanto aspectos educacionais quanto de saúde (Singer, 2017).

As políticas educacionais que promovem a inclusão e o suporte para alunos neurodivergentes podem ter impacto significativo no bem-estar desses alunos. A implementação de programas de treinamento para educadores e a criação de ambientes de aprendizado inclusivos são essenciais. Políticas bem estruturadas podem assegurar com que as necessidades dos alunos neurodivergentes sejam atendidas, promovendo tanto seu sucesso acadêmico quanto seu bem-estar geral (Baglieri, 2016).

A interseção entre educação, neurodiversidade e saúde é complexa e requer abordagens integradas, para que consiga atender às necessidades dos indivíduos neurodivergentes. A educação adaptativa e inclusiva, juntamente com políticas de apoio e estratégias de saúde mental, são essenciais para garantir que os alunos especiais recebam o suporte necessário para o desenvolvimento pleno de suas habilidades.

A IMPORTÂNCIA DE CONTEXTOS EDUCACIONAIS ADAPTATIVOS E PRÁTICAS INCLUSIVAS NO DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO E NA SAÚDE MENTAL

A educação inclusiva e adaptativa tornou-se prioridade nas discussões contemporâneas sobre pedagogia e psicologia educacional. A capacidade de moldar práticas educacionais para atender às necessidades individuais dos alunos é fundamental para promover desenvolvimento acadêmico, bem-estar mental e emocional. Os contextos educacionais adaptativos são essenciais para garantir que cada aluno tenha a oportunidade de atingir seu pleno potencial.

Esses ambientes precisam ser caracterizados por abordagem personalizada, que considere as necessidades individuais de cada aluno, incluindo aqueles com neurodiversidade, autismo, dislexia e TDAH. Estudos demonstram que ambientes educacionais que se adaptam às diferenças individuais agregam melhores resultados acadêmicos e maior satisfação escolar (Armstrong, 2015).

Práticas inclusivas envolvem a implementação de estratégias pedagógicas que promovem a participação de todos os alunos em atividades escolares comuns. A inclusão não é apenas uma questão de colocar alunos neurodivergentes em salas de aula regulares, mas também de fornecer os apoios necessários para que eles possam prosperar. Isso pode demandar a presença de assistentes educacionais, bem como de tecnologias assistivas, além de adaptação curricular para atender diferentes estilos de aprendizagem (Ravet, 2018).

As práticas inclusivas têm demonstrado promover o desenvolvimento acadêmico de alunos neurodivergentes, bem como de seus colegas neurotípicos. Alunos que aprendem em ambientes inclusivos mostram maior progresso em habilidades acadêmicas fundamentais, como leitura e matemática, devido ao ambiente de apoio e às expectativas elevadas, mantidas por professores e colegas (Baglieri, 2016). Além disso, a exposição a uma diversidade de métodos de ensino, pode enriquecer a experiência educacional de todos os alunos, promovendo a empatia e a compreensão das diferenças individuais.

A saúde mental dos alunos é diretamente influenciada pela qualidade e natureza do ambiente escolar. Contextos educacionais que acolhem a diversidade neurológica e proporcionam suporte emocional e psicológico

adequado, ajudam a reduzir a incidência de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão. Pesquisas indicam que alunos neurodivergentes em ambientes inclusivos relatam níveis mais altos de bem-estar e autoestima, além de potencializar a sensação de pertencimento (Singer, 2017).

Para que as práticas inclusivas sejam eficazes, é essencial que as políticas educacionais sejam projetadas para apoiar a diversidade e a inclusão. Isso inclui a formação contínua de educadores sobre estratégias inclusivas, a alocação de recursos adequados para apoio especializado, e a criação de ambiente escolar que celebre a diversidade. Políticas educacionais robustas garantem que todos os alunos, independentemente de suas necessidades, recebam educação de qualidade de forma equitativa (Baglieri, 2016).

A criação de contextos educacionais adaptativos e a implementação de práticas inclusivas são fundamentais para promover o desenvolvimento acadêmico e a saúde mental. Ao reconhecer e apoiar as necessidades individuais, os sistemas educacionais podem criar ambientes mais justos e acolhedores, onde os alunos têm a oportunidade de prosperar. A educação inclusiva é um ideal permanente, a ser alcançado, e prática necessária ao bem-estar e sucesso de todos os estudantes.

EDUCAÇÃO INCLUSIVA

A educação inclusiva que reconhece a neurodiversidade como expressão da variação natural humana, tem implicações profundas para políticas educacionais e práticas pedagógicas. A UNESCO (2009) aconselha a reestruturação dos sistemas educacionais e práticas pedagógicas, no sentido de atender a todos os estudantes, independentemente de suas capacidades ou desafios. A inclusão remove barreiras à aprendizagem, promove a participação e garante “a igualdade da diversidade”, de forma mais equilibrada, mais equânime.

Além disso, a neurodiversidade é cada vez mais reconhecida dentro desse contexto como uma expressão de variação natural humana, desafiando as práticas educativas tradicionais, que muitas vezes patologizavam as diferenças neurológicas. Como afirma Armstrong (2012), reconhecer a neurodiversidade nas escolas implica ver as diferenças neurológicas, para além de “problemas a serem corrigidos”, como diferenças que podem oferecer perspectivas únicas e valiosas.

Florian (2014) argumenta que uma abordagem inclusiva na educação requer mais que políticas de não exclusão. Necessita de práticas pedagógicas que se adaptem para atender à diversidade de aprendizes. Isso inclui a utilização de tecnologias assistivas, métodos de ensino diferenciados e desenvolvimento profissional contínuo dos professores para lidar com a diversidade em sala de aula.

A eficácia da educação inclusiva é também evidenciada por estudos que demonstram melhores resultados sociais e acadêmicos, não somente para

aqueles com necessidades especiais (Hehir *et al.*, 2016). Alunos em ambientes inclusivos tendem a desenvolver maior empatia e habilidades sociais, além de obterem melhor desempenho acadêmico.

Portanto, é essencial que as políticas e práticas educacionais continuem a evoluir e a se adaptarem para promover a verdadeira inclusão, reconhecendo e valorizando a neurodiversidade como uma componente-chave da diversidade humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Legalmente, o Brasil está comprometido com a educação inclusiva e os direitos das pessoas com neurodiversidade. A Constituição Federal de 1988 garante o direito à educação e à saúde para todos. Além disso, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), Lei n. 13.146/2015, reforça esses direitos e especifica a necessidade de adaptações razoáveis e a oferta de suportes necessários para a plena inclusão das pessoas com deficiência (Brasil, 2015).

Em um mundo que cada vez mais valoriza a diversidade e inclusão, é imperativo que as práticas educacionais se adaptem para atender a todos os alunos de maneira equitativa e eficaz. Este estudo explorou a interseção de três componentes vitais na atualidade educacional: educação, neurodiversidade e saúde, oferecendo olhar detalhado sobre como esses elementos se entrecruzam dentro das políticas educacionais que se propõem inclusivas e que respeitam e celebram as diferenças individuais.

A neurodiversidade, termo que ganhou destaque nas últimas décadas, desafia o modelo tradicional de educação que muitas vezes patologiza essas diferenças, propondo, em vez disso, um modelo que as reconhece como diferenças normativas, que não necessitam de cura, mas de compreensão e apoio adequados (Souza, 2018).

A saúde, especialmente a saúde mental, tem se mostrado como preocupação crescente em ambientes educacionais. Estudantes com perfis neurodivergentes enfrentam barreiras acadêmicas, sociais e emocionais, que impactam o bem-estar e o sucesso educacional e é essencial que as políticas educacionais e práticas pedagógicas sejam projetadas para promover inclusão efetiva e saúde integral.

O estudo revela que a construção de contextos educacionais adaptativos e a implementação de práticas inclusivas efetivas são indispensáveis na garantia de oportunidades de desenvolvimento acadêmico, promoção do bem-estar, saúde emocional e autoestima dos alunos neurodivergentes. Portanto, políticas educacionais que valorizam a inclusão e a diversidade são essenciais para criar ambientes de aprendizado acolhedores, inclusivos e mais democráticos.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5th ed.). Washington, DC: Author, 2013.
- ARMSTRONG, T. **The power of neurodiversity**: Unleashing the advantages of your differently wired brain. Da Capo Lifelong Books, 2011.
- ARMSTRONG, T. **Neurodiversity in the Classroom**: Strength-Based Strategies to Help Students with Special Needs Succeed in School and Life. ASCD, 2012.
- ARMSTRONG, T. **Neurodiversity in the Classroom**: Strength-Based Strategies to Help Students with Special Needs Succeed in School and Life, 2015.
- BAGLIERI, S. **Disability Studies and the Inclusive Classroom**: Critical Practices for Embracing Diversity in Education, 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). (2008). **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. MEC/SEESP, 2008.
- BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, 2015.
- DONVAN, J., Zucker, C. **Outra Sintonia: A história do Autismo**. Companhia das Letras, 2009.
- FLORIAN, L. What counts as evidence of inclusive education? **European Journal of Special Needs Education**, 29(3), 286-294, 2014.
- GARDNER, H. **Frames of mind**: The theory of multiple intelligences. Basic Books, 1983.
- HEHIR, T., Katzman, L. I., Acevedo-Garcia, D. (2016). Eliminating Ableism in Education. **Harvard Education Press**, 2016.
- MANTOAN, M. T. E. **Inclusão escolar: o que é? por quê? Como fazer?** São Paulo: Moderna, 2003.
- OLIVER, M. **Understanding Disability**: From Theory to Practice. St. Martin's Press, 1996.
- Ortega, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), 67-77, 2009.
- RAVET, J. **Embracing Neurodiversity in the Schools**: Practical Research and Classroom Strategies, 2018.
- ROBERTSON, S., Ne'eman, A. Autistic acceptance, the college campus, and technology: Growth of neurodiversity in society and academia. **Disability**

Studies Quarterly, 28(4), 2008.

ROBERTSON, S. Neurodiversity, quality of life, and autistic adults: Shifting research and professional focuses onto real-life challenges. **Disability Studies Quarterly**, 30(1), 2010.

SADZINSKI JUNIOR, A., WAYSZCEYK, S., WO, A. S. Neurodiversidade: levantamento das produções nacionais. **Revista Eletrônica Humanitaris**, 2(2), 156-166, 2020.

SHAYWITZ, S., SHAYWITZ, B. Dyslexia (specific reading disability). **Biological Psychiatry**, 57(11), 1301-1309, 2005.

SILBERMAN, S. **Neurotribes**: The legacy of autism and the future of neurodiversity. Avery, 2015.

SINGER, J. (Why can't you be normal for once in your life? From a 'problem with no name' to the emergence of a new category of difference. In: Corker, M.; French, S. (Eds.), **Disability discourse**, 59-67. Buckingham: Open UP, 1999.

SINGER, J. **Neurodiversity**: the birth of an idea. Kindle Amazon, 2017.

SINGER, J. **Mental Health in Neurodivergent Populations**: Understanding and Supporting Diverse Needs, 2017.

SOUZA, Beatriz. **Autismo e vida em comunidade**. Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas Autistas. Disponível em: Autistas e a vida em comunidade. Opinião. Abraça, 2018.

UNESCO. **Policy Guidelines on Inclusion**. In: Education. Paris, France, 2009.

UNITED NATIONS. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)**, ONU, 2006.

WALKER, N. **Neurodiversity**: Discovering the extraordinary gifts of autism, ADHD, dyslexia, and other brain differences. Perseus Books, 2012.

ANÁLISE NEUROPSICOLÓGICA DAS DIFERENÇAS NA COGNIÇÃO SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Eunice Nóbrega Portela¹

Dirce Maria da Silva²

INTRODUÇÃO

A cognição social é um pilar fundamental no desenvolvimento humano, responsável por habilidades que vão desde a interpretação de pistas sociais e comunicação até a empatia e a tomada de decisões em contextos grupais. A sua perturbação é um traço distintivo no Transtorno do Espectro Autista (TEA), implicando em desafios substanciais na interação social e comunicação. A neuropsicologia, enquanto disciplina que estuda as relações entre o cérebro e o comportamento, desempenha papel crítico na compreensão das bases neurais da cognição social em indivíduos com o transtorno, visando esclarecer os mecanismos subjacentes e promover estratégias mais eficazes de intervenção.

A cognição social, uma capacidade intrinsecamente humana que permite a interpretação e resposta adequadas aos sinais sociais e emocionais dos outros, é fundamental para a interação social eficaz, a comunicação, a empatia e a tomada de decisões. Este conjunto de habilidades psicológicas nos capacita a adentrar no complexo mundo das relações humanas, influenciando diretamente nosso bem-estar e sucesso social. No entanto, para indivíduos no espectro, a cognição social

1 Pós-doutorado em Psicanálise Clínica Profissional. Doutorado em Educação pela Universidade de Brasília. Mestrado em Educação pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduada em Transtorno do Espectro Autista, Terapia Cognitivo-Comportamental; Análise do Comportamento Aplicada; Psicopedagogia Clínica e Institucional, Neuropsicologia Clínica, Orientação Educacional e Administração Escolar. Graduada em Pedagogia pela Universidade de Brasília. Docente do Ensino Superior. @draeunice_nobrega. www.draeunicenobrega.blog.br, E-mail: eunicenp65@gmail.com.

2 Doutoranda em Estudos Literários Comparados pela Universidade de Brasília. Mestre em Direitos Humanos (Unieuro/DF). Licenciada Letras e em Pedagogia; Bacharel em Administração. Pós-graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Análise do Comportamento Aplicada, Transtorno do Espectro Autista e Neuropsicopedagogia Institucional; Docência do Ensino Superior, Língua Inglesa, Educação a Distância, Gestão Pública e Negócios e Recursos Humanos. Possui experiência como docente no Ensino Superior e na Educação Básica. E-mail: profdircesalome@gmail.com.

apresenta desafios significativos, afetando profundamente sua capacidade de interagir e compreender os outros dentro dos diferentes contextos sociais.

O TEA é caracterizado por dificuldades em comunicação social e padrões de comportamento restritivos e repetitivos, com uma grande variabilidade nos perfis de habilidades e desafios individuais. Dentre esses, a cognição social é frequentemente citada como uma das áreas mais impactadas, incluindo desafios na teoria da mente (capacidade de atribuir estados mentais a si mesmo e aos outros), reconhecimento de emoções e interpretação de pistas sociais não verbais. Essas dificuldades na cognição social não só diferenciam esses indivíduos de seus pares neurotípicos, mas também de indivíduos com outros distúrbios neuropsiquiátricos, como a esquizofrenia e o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), apesar de algumas sobreposições nos padrões de dificuldades sociais e cognitivas.

A complexidade da cognição social em TEA sugere uma base neuropsicológica distinta, com estudos de neuroimagem revelando padrões de ativação cerebral e conectividade que contribuem para a compreensão dessas diferenças. Essa compreensão é crucial para o desenvolvimento de intervenções e estratégias de suporte baseadas em evidências que visam melhorar a cognição social em indivíduos no espectro, incluindo terapias comportamentais e cognitivas, bem como programas de treinamento em habilidades sociais.

Além disso, a avaliação precisa da cognição social é essencial para o diagnóstico adequado e o planejamento de intervenções. Este artigo discute as ferramentas e métodos atuais de avaliação, destacando os desafios e as práticas recomendadas na pesquisa e na prática clínica. A compreensão dessas medidas é vital para informar as práticas educacionais, clínicas e as políticas públicas, visando promover a inclusão e melhorar a qualidade de vida de indivíduos autistas.

O presente artigo tem como objetivo principal investigar as particularidades e diferenças na cognição social de indivíduos com TEA, utilizando ferramentas e conhecimentos da neuropsicologia. Secundariamente, visa à identificação de padrões de ativação cerebral associados a tarefas de cognição social em indivíduos com TEA, comparando-os com padrões neurotípicos para destacar áreas de desafio e potencial.

Este estudo aborda as futuras direções da pesquisa em cognição social e TEA, identificando lacunas no conhecimento atual e destacando a necessidade de estudos longitudinais e transdisciplinares. Essa pesquisa futura contribuirá para uma compreensão mais profunda dos mecanismos subjacentes à cognição social em TEA, abrindo caminho para intervenções mais eficazes e políticas públicas informadas por evidências científicas.

A metodologia adotada para a consecução destes objetivos consiste numa revisão sistemática da literatura. Foram consultadas bases de dados acadêmicas,

como PubMed, Scopus e Web of Science, para identificar estudos relevantes publicados nos últimos dez anos. Os critérios de inclusão compreendem artigos de pesquisa original, revisões e meta-análises focadas na cognição social, no TEA e na sua correlação neuropsicológica. A seleção de artigos foi feita com base na relevância para os objetivos propostos e na qualidade metodológica e foram analisados na abordagem qualitativa. As análises dos estudos incluídos serão sintetizadas para ressaltar as descobertas mais significativas e as implicações para práticas clínicas e educacionais.

A pesquisa neuropsicológica, especificamente, é de suma importância para esse estudo, uma vez que permite uma análise aprofundada das bases cerebrais que sustentam a cognição social. Assim, a relevância deste campo de estudo estende-se para além da academia, alcançando práticas clínicas e educacionais, orientando profissionais e cuidadores, e influenciando políticas públicas. O conhecimento gerado pela pesquisa neuropsicológica sobre cognição social no TEA tem o potencial não apenas de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos no espectro, mas também de enriquecer a compreensão da neurodiversidade, promover a educação para o TEA e fomentar o processo de inclusão.

Neste artigo estruturamos os achados de acordo com os domínios funcionais da cognição social e suas correspondências neurais, permitindo uma discussão integrativa sobre as implicações dos dados para o tratamento e apoio a pessoas no espectro do autismo. As informações coletadas foram analisadas, buscando identificar consensos e lacunas no conhecimento atual, e oferecer direções para pesquisas futuras.

DESENVOLVIMENTO

A cognição social desempenha papel fundamental no desenvolvimento humano, possibilitando desde a interpretação de pistas sociais até a empatia e tomada de decisões em contextos grupais. Estudos revelam particularidades na cognição social de indivíduos com TEA, apontando para diferenças significativas em comparação com padrões neurotípicos. Nos estudos de Eack et al., (2013) e de Velikonja et al., (2019) mostram diferenças na performance cognitiva social entre neurodivergentes autistas e controles neurotípicos (não autistas) revelando que aqueles no espectro do autismo apresentam desafios significativos em diversas áreas, incluindo reconhecimento de emoções e teoria da mente. Estes desafios são observados não apenas em tarefas explícitas de cognição social, mas também em medidas implícitas, indicando que as dificuldades se estendem além das capacidades conscientemente acessíveis (Callenmark et al., 2014).

Além disso, comparações diretas entre TEA e outros distúrbios, como a esquizofrenia, iluminam a natureza única das dificuldades sociais em

indivíduos nesses indivíduos. Segundo Eack et al., (2017) apesar de ambos os grupos apresentarem déficits na cognição social, os mecanismos subjacentes e as manifestações desses déficits podem diferir, enfatizando a necessidade de estratégias de intervenção personalizadas (Fernandes et al., 2018).

Compreender as particularidades e diferenças na cognição social de indivíduos com TEA, aplicando o instrumental e os conhecimentos e da neuropsicologia, contribui para a compreensão das bases neurais da cognição social em indivíduos autistas. A identificação de padrões de ativação cerebral específicos a tarefas de cognição social poderá não apenas melhorar nossa compreensão dos déficits associados ao transtorno, mas também orientar o desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

FUNDAMENTOS DA COGNIÇÃO SOCIAL

A cognição social é um conjunto complexo de processos mentais subjacentes à capacidade de perceber, interpretar e reagir às intenções, emoções e comportamentos sociais, essencial para a interação humana eficaz. A evolução do cérebro social e o desenvolvimento da cognição social durante a adolescência são fundamentais para a compreensão de como os seres humanos convivem no mundo social, envolvendo áreas cerebrais específicas conhecidas como o “cérebro social” (Kilford, Garrett e Blakemore, 2016, p 13).

Essas áreas incluem o córtex pré-frontal medial, a junção temporoparietal, o sulco temporal superior posterior e o córtex temporal anterior, que se desenvolvem estruturalmente durante a infância tardia e a adolescência para suportar processos sociais complexos (Mills et al., 2014).

A teoria social cognitiva, fundamentada nos trabalhos de Bandura (2019), destaca que os seres humanos aprendem observando os outros, envolvendo processos como observação, imitação e modelagem, que requerem atenção, memória e motivação. Esta teoria sublinha a importância da cognição social na aprendizagem e no comportamento humano.

Loukusa et al., (2014) ressaltam que a cognição social não apenas facilita a compreensão das emoções e intenções dos outros, mas também é crítica para a comunicação eficaz e o bem-estar mental. Para os autores, os distúrbios da cognição social são características precoces e salientes de muitos transtornos neuropsiquiátricos, neurodesenvolvimentais e neurodegenerativos, tornando sua avaliação clínica de extrema importância.

Assim, a compreensão da cognição social e seu desenvolvimento desde a infância até a idade adulta é fundamental para desvendar as bases neurais da interação social e o impacto dos déficits de cognição social no funcionamento diário e na qualidade de vida. Nesse sentido, é imprescindível compreender como

diferentes aspectos da cognição social como a teoria da mente, o processamento emocional e a tomada de decisões sociais, se desenvolvem e são processados no cérebro, fornecendo insights importantes para intervenções clínicas e educacionais voltadas para o aprimoramento das habilidades sociais em diversas populações, sobretudo em pacientes com TEA.

COGNIÇÃO SOCIAL NO TEA

Indivíduos com TEA frequentemente apresentam desafios significativos na cognição social, que incluem dificuldades na teoria da mente, no reconhecimento de emoções e na interpretação de pistas sociais não verbais. Estes desafios impactam profundamente a sua capacidade de entender e se engajar em interações sociais de forma eficaz.

Os estudos de Trevisan, Bowering e Birmingham (2016) mostram que a habilidade de reconhecer emoções está relacionada com o funcionamento social diário em indivíduos autistas. Uma meta-análise revelou que a capacidade de reconhecer expressões faciais está positivamente correlacionada com a idade, inteligência verbal e não verbal; teoria da mente e funcionamento adaptativo e negativamente correlacionada com alexitimia e sintomas mais severos, característicos do espectro. Outro estudo comparativo entre indivíduos com TEA e com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) encontrou que ambos os grupos apresentam déficits em teoria da mente e reconhecimento de emoções, embora estes déficits sejam mais pronunciados no TEA, sugerindo padrões distintos de dificuldades sociais entre esses transtornos (Bora e Pantelis, 2015).

Pesquisas também indicam que crianças com TEA podem apresentar dificuldades específicas na compreensão de emoções complexas e de estados mentais, tanto em tarefas verbais quanto não verbais da teoria da mente. Estes desafios estão correlacionados com suas habilidades linguísticas, incluindo conhecimento de morfologia gramatical e habilidades de memória de trabalho verbal (Loukusa et al., 2014). Além disso, uma meta-análise sobre o reconhecimento de emoções em indivíduos com TEA destacou uma dificuldade generalizada na interpretação de emoções, com déficits mais acentuados na identificação de medo e raiva, o que sugere a existência de particularidades no processamento emocional. (Uljarevic e Hamilton, 2013).

Embora haja evidências consistentes de desafios na cognição social em indivíduos com TEA, a complexidade e variabilidade dos perfis cognitivos sociais exigem intervenções direcionadas e personalizadas. Estudos que exploram intervenções baseadas na teoria da mente indicam a necessidade de abordagens mais holísticas que não apenas visem melhorar as habilidades de reconhecimento emocional, mas também promovam a aplicação dessas

habilidades em contextos sociais reais para melhorar a comunicação social e a interação (Fletcher-Watson et al., 2014). A individualização das intervenções, com base nas necessidades específicas de cada indivíduo com TEA, é crucial para abordar a gama de desafios na cognição social e promover uma melhor integração social e qualidade de vida.

COMPARATIVO DE COGNIÇÃO SOCIAL ENTRE TEA E OUTROS DISTÚRBIOS

O comparativo da cognição social entre indivíduos TEA e outros distúrbios, como esquizofrenia e TDAH, revela semelhanças e diferenças significativas, fundamentais para o desenvolvimento de programas de tratamento otimizados. Estudos mostram que tanto indivíduos autistas quanto aqueles com esquizofrenia apresentam pior desempenho em comparação com controles típicos em uma ampla gama de avaliações de cognição social, englobando a identificação de emoções, percepção social, atribuição de estados mentais e estilo atribucional. Contudo, poucas diferenças são evidentes entre os dois grupos clínicos, com tamanhos de efeito variando de 0,01 a 0,34. Quando diferenças significativas emergem, como maior hostilidade no grupo com esquizofrenia, a controle para a severidade dos sintomas as torna não significativas, sugerindo que distinções clínicas podem subjazer a essas diferenças na cognição social (Morrison et al., 2019).

Uma meta-análise revelou que, enquanto não há diferenças significativas entre indivíduos com TEA e esquizofrenia em tarefas de Teoria da Mente (ToM) e inteligência emocional, diferenças na percepção de emoções faciais foram notadas, com indivíduos com esquizofrenia apresentando um desempenho levemente superior nos autistas. A idade dos participantes mostrou ser um moderador significativo do tamanho do efeito na percepção de emoções e análises RMET, com maiores diferenças a favor dos pacientes com esquizofrenia observadas em estudos com participantes mais jovens (Fernandes et al., 2018).

Outra investigação direta sobre o desempenho em cognição social em indivíduos com TEA em comparação com aqueles com esquizofrenia revelou que ambos os grupos clínicos apresentam déficits comparáveis em cognição social. Entretanto, esses déficits parecem surgir através de mecanismos neurais distintos, indicando a necessidade de abordagens de intervenção que considerem essas diferenças subjacentes para maximizar a eficácia do tratamento (Eack et al., 2013; 2016).

Essas descobertas sublinham a complexidade da cognição social e a importância de abordagens personalizadas para o tratamento de déficits sociais em distúrbios neurodesenvolvimentais e psiquiátricos. A compreensão

das similaridades e diferenças na cognição social entre TEA, esquizofrenia, e TDAH pode oferecer contribuições significativas para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e direcionadas.

BASES NEUROPSICOLÓGICAS DA COGNIÇÃO SOCIAL

As bases neuropsicológicas da cognição social no TEA envolvem diversos mecanismos neurais e padrões de conectividade cerebral que diferenciam indivíduos no espectro do autismo de controles neurotípicos. A pesquisa tem demonstrado diferenças significativas na conectividade do Default Mode Network (DMN), que é relevante para a cognição social, entre adolescentes autistas e controles neurotípicos. Estudos encontraram predominantemente uma subconectividade no DMN em indivíduos com TEA (Nair et al., 2020). Além disso, a utilização de tarefas de movimento biológico em neuroimagem para identificar biomarcadores pré-tratamento capazes de prever a resposta a tratamentos comportamentais baseados em evidências no TEA sugere que a ativação cerebral pré-tratamento em circuitos que suportam a compreensão da linguagem e a interpretação de emoções incongruentes e prosódia pode prever mudanças no reconhecimento de emoções após o treinamento (Yang et al., 2017).

Estudos de neuroimagem funcional e morfométrica em indivíduos com TEA revelaram consistentes diferenças de ativação em regiões do cérebro envolvidas na cognição social, incluindo a sulco temporal superior posterior na junção temporoparietal, giro frontal médio, área da face fusiforme (FFA), giro frontal inferior (IFG), amígdala, ínsula e córtex cingulado (Patriquin et al., 2016). Pesquisas também têm investigado o papel dos neurônios espelho em crianças no espectro, embora os resultados desafiem a hipótese do “espelho quebrado” do autismo, sugerindo que a mirroring neural prejudicada não é uma característica distintiva do TEA (Ruysschaert et al., 2014).

Estas descobertas sublinham a complexidade dos mecanismos neurais subjacentes ao TEA e destacam a necessidade de abordagem multidisciplinar para a compreensão da cognição social neste transtorno. A identificação de padrões de ativação e conectividade cerebral específicos pode eventualmente contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais precisas e personalizadas para indivíduos no espectro.

INTERVENÇÕES E ESTRATÉGIAS DE SUPORTE

As intervenções baseadas em evidências para melhorar a cognição social em indivíduos com TEA abrangem uma variedade de estratégias, incluindo terapias comportamentais, cognitivas, e programas de treinamento em

habilidades sociais. A terapia cognitivo-comportamental tem sido destacada como uma abordagem promissora, capaz de abordar sintomas comórbios de ansiedade, bem como características centrais do espectro, como *déficits* em habilidades de comunicação social (Teinbrenner et.al, 2020). Yang et al. (2015) identificaram 27 práticas de intervenção focalizadas que atendem aos critérios para prática baseada em evidências (PBE)³ para crianças e jovens com TEA (Yang et al., 2015).

Outras formas de intervenções utilizadas são Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS)⁴ é destinado a ajudar indivíduos de várias idades que têm dificuldades em se expressar verbalmente ou que possuem uma fala muito limitada. Funciona por meio da troca de imagens para comunicar desejos, necessidades, pensamentos e sentimentos. Este sistema oferece uma comunicação funcional eficaz para pessoas que não conseguem se expressar por meio da fala, atuando como um equivalente vocal para elas.

Minolin, Sagaya Raj e Vijayaraghavan, (2022) afirmam que as Intervenções específicas, como o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS) e a Intervenção Implementada pelos pais (PII), uma abordagem centrada na família, que envolve os pais diretamente na promoção do desenvolvimento de habilidades sociocomunicativas em crianças com autismo. Esta abordagem tem sido reconhecida como uma PBE, cumprindo critérios rigorosos de eficácia, com estudos destacando seu impacto positivo no desenvolvimento infantil. Ambas demonstraram eficácia na melhoria da socialização e comunicação em crianças com TEA, bem como na qualidade de vida dos pais.

A abordagem utilizando o PEERS® (*Program for the Education and Enrichment of Relational Skills*), reconhecido mundialmente por oferecer programas sociais baseados em evidências para pré-escolares, adolescentes e jovens adultos interessados em desenvolver e manter amizades próximas e/ou relacionamentos românticos. Este programa assistido por cuidadores para habilidades sociais para jovens adultos com TEA de alto funcionamento mostrou melhorias significativas em habilidades sociais gerais, frequência de engajamento social, conhecimento de habilidades sociais e redução de sintomas de transtorno

3 Para uma visão detalhada dessas práticas e módulos de aprendizado online que refletem as atualizações, você pode visitar o site do Autism PDC, onde as práticas baseadas em evidências identificadas estão listadas e descritas em módulos AFIRM. Esses módulos fornecem uma visão geral e descrição geral, instruções passo a passo para implementação, uma lista de verificação de implementação e a base de evidências, incluindo uma lista de referências que demonstram que a prática atende aos critérios estabelecidos pelo NPDC. Acesse o Frank Porter Graham Child Development Institute e o Autism PDC para detalhes adicionais sobre cada prática baseada em evidência e seus módulos de aprendizado.

4 Para encontrar mais informações sobre o PECS, incluindo detalhes sobre como implementá-lo e recursos educacionais relacionados, você pode visitar sites especializados como o PECS Brazil (<https://pecs-brazil.com>)

relacionados à responsividade social após a intervenção (Laugeson et al., 2015).

Essas intervenções baseadas em evidências demonstram o potencial para melhorar significativamente a cognição social e o funcionamento diário de indivíduos autistas, oferecendo estratégias concretas para profissionais, educadores e pais implementarem o suporte a esta população.

FERRAMENTAS E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO EM COGNIÇÃO SOCIAL

A avaliação da cognição social em indivíduos com autismo é fundamental para entender as dificuldades específicas enfrentadas por esta população e planejar intervenções apropriadas. Uma variedade de ferramentas e métodos tem sido desenvolvida e aplicada para avaliar diferentes aspectos da cognição social, incluindo o reconhecimento de emoções, percepção social e teoria da mente.

Uma revisão psicométrica de medidas frequentemente utilizadas para avaliar a cognição social em adultos com TEA evidenciou a sensibilidade dessas ferramentas para diferenciar entre indivíduos no espectro e controles típicos em várias tarefas, incluindo o processamento de emoções, percepção social e mentalização/teoria da mente. Os controles superaram o grupo com TEA em oito das onze tarefas cognitivas sociais, com as maiores diferenças de grupo ocorrendo em duas medidas de mentalização (Morrison et al., 2019).

Hess, Self e Dilollo (2018) destacam que, além disso, a aplicação de grades de repertório para explorar os construtos pessoais de adolescentes com TEA sugere que, com estrutura visual e suporte verbal adequado, esses indivíduos podem se engajar com sucesso no processo, demonstrando sistemas de construtos bem organizados e complexos, proporcionando entendimento significativo das funções sociais e interesse por interações sociais.

De acordo com Callenmark et al., (2014), apesar da disponibilidade dessas ferramentas, desafios permanecem na avaliação da cognição social em indivíduos com TEA. Um dos principais desafios é a diversidade na apresentação do espectro, o que pode afetar a sensibilidade e especificidade das ferramentas de avaliação. Além disso, a relação entre cognição social e desempenho intelectual geral apresenta complexidades adicionais, exigindo que as avaliações considerem uma variedade de habilidades cognitivas além da cognição social.

Para que sejam eficazes na identificação de possíveis lacunas no desenvolvimento ou na função cognitiva. Isso significa que os profissionais devem ser meticolosos ao selecionar e aplicar testes cognitivos, garantindo que eles capturem uma gama abrangente de habilidades intelectuais e sociais. Avaliar essas dimensões de forma integrada pode fornecer uma compreensão mais rica e precisa das capacidades individuais e das áreas que podem necessitar

de intervenção ou suporte adicional.

As práticas recomendadas na avaliação da cognição social em TEA incluem o uso de múltiplas medidas para capturar o encadeamento completo de habilidades sociais e cognitivas, a adaptação das avaliações para atender às necessidades individuais e a consideração do contexto no qual as habilidades sociais são aplicadas. É importante também considerar a compreensão do indivíduo sobre suas habilidades sociais, pois isso pode influenciar a motivação e o engajamento em intervenções sociais.

Desse modo, o uso das ferramentas e métodos de avaliação eficaz da cognição social em indivíduos no espectro requer uma abordagem integrada e personalizada que considere a complexidade e a diversidade das dificuldades enfrentadas por essa população. Avanços contínuos na validação e desenvolvimento de ferramentas de avaliação são essenciais para melhorar a compreensão e o apoio à cognição social em TEA.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

A compreensão das bases da cognição social em indivíduos com TEA e o desenvolvimento de intervenções específicas têm implicações significativas para as práticas educacionais, clínicas e as políticas públicas. Os desafios enfrentados por indivíduos autistas nas interações sociais e na compreensão de contextos sociais complexos podem ser mitigados através de intervenções baseadas em evidências, visando melhorar a qualidade de vida e promover a inclusão social.

As intervenções que focam no desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas mostraram-se promissoras em ajudar indivíduos com TEA a melhorar a percepção emocional, a teoria da mente e habilidades de interação social. Um estudo comparativo de intervenção em habilidades sociais para crianças com TEA revelou melhorias significativas em aspectos como comunicação não verbal, resposta empática e relações sociais, em comparação a um grupo controle ativo (Soorya et al., 2015). Essas descobertas enfatizam a necessidade de implementar programas de treinamento de habilidades sociais dentro de contextos educacionais e clínicos, promovendo ambientes de aprendizagem inclusivos e adaptativos.

Além disso, a avaliação efetiva da cognição social através de ferramentas validadas é crucial para o diagnóstico preciso e a elaboração de planos de intervenção personalizados. Pesquisas indicam que testes de cognição social explícita e implícita podem fornecer contribuições valiosos sobre as dificuldades específicas enfrentadas por esses indivíduos, facilitando intervenções direcionadas que abordam as áreas de maior necessidade (Callenmark et al., 2014).

Para as políticas públicas, essas evidências sublinham a importância de alocar recursos adequados para a pesquisa e o desenvolvimento de programas

de intervenção baseados em cognição social para indivíduos com TEA. Isso inclui o financiamento de estudos que investigam abordagens de tratamento inovadoras e a implementação de serviços de apoio que integram o treinamento de habilidades sociais e cognitivas nas escolas e na comunidade.

Ademais, a sensibilização e formação de educadores e profissionais da saúde sobre as complexidades da cognição social em TEA são fundamentais para promover a inclusão e a compreensão. Programas de treinamento e desenvolvimento profissional que enfocam a identificação de dificuldades de cognição social e a aplicação de estratégias de ensino eficazes podem melhorar significativamente os resultados para indivíduos com TEA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cognição social é uma área fundamental da neurociência e da psicologia que aborda como interpretamos, processamos e utilizamos informações em contextos sociais. Este artigo explorou as dimensões cruciais da cognição social em indivíduos com TEA, desde os fundamentos teóricos e características distintivas até as implicações práticas e diretrizes para futuras pesquisas.

Identificamos que a cognição social engloba uma variedade de habilidades essenciais para o desenvolvimento humano, incluindo a compreensão das emoções, teoria da mente, e interpretação de pistas sociais não verbais. Para indivíduos com TEA, os desafios nessas áreas são proeminentes e influenciam significativamente a interação social e a comunicação. A comparação entre TEA e outros distúrbios, como esquizofrenia e TDAH, revelou diferenças e semelhanças nos padrões de déficits sociais e cognitivos, sugerindo a necessidade de abordagens diagnósticas e terapêuticas diferenciadas.

A análise das bases neuropsicológicas da cognição social no TEA destacou os mecanismos neurais subjacentes a estas diferenças, com estudos de neuroimagem fornecendo insights sobre os padrões de ativação e conectividade cerebral. Essas descobertas reforçam a importância de intervenções focadas, que abordem as necessidades específicas de indivíduos no espectro, utilizando terapias comportamentais, cognitivas e programas de treinamento em habilidades sociais.

Além disso, a discussão sobre ferramentas e métodos de avaliação em cognição social ressaltou a complexidade de medir essas habilidades em indivíduos com TEA e a necessidade de desenvolver e validar ferramentas de avaliação mais eficazes. As implicações práticas e políticas públicas derivadas destes achados sugerem um caminho para promover a inclusão e melhorar a qualidade de vida dos autistas, enfatizando a importância de políticas educacionais e clínicas informadas pela pesquisa em cognição social.

Por fim, as futuras direções da pesquisa em cognição social e TEA apontam

para a necessidade de estudos longitudinais e transdisciplinares que explorem mais profundamente os mecanismos subjacentes aos desafios sociais e cognitivos enfrentados. Uma compreensão mais aprofundada desses mecanismos poderá levar ao desenvolvimento de intervenções mais eficazes e à implementação de políticas públicas mais inclusivas e fundamentadas em evidências.

Concluimos que a cognição social em indivíduos com TEA é uma área complexa e multifacetada que requer uma abordagem interdisciplinar para seu estudo e tratamento. Os esforços conjuntos de pesquisadores, clínicos e formuladores de políticas são essenciais para avançar na compreensão, na prática e no apoio a indivíduos no espectro do autismo.

REFERÊNCIAS

- BANDURA, Albert. **Teoria Social Cognitiva**. A Enciclopédia Internacional de Psicologia da Mídia, 2019.
- BOADA, Letícia., LAHERA, Guilherme., Parellada, Mara. Cognição social nos transtornos do espectro do autismo e da esquizofrenia: iguais, mas diferentes? **Jornal de Autismo e Transtornos do Desenvolvimento**. 50, 3046-3059, 2020.
- BORA, Emre. e PANTELIS, Christos. Metanálise da cognição social no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): comparação com controles saudáveis e transtorno do espectro autista. **Medicina Psicológica**, 46, 699-716, 2015.
- CALLENMARK, Björn., Kjellin, Lars., Rönqvist, Louise., and Bölte, Sven. Testes de cognição social explícitos versus implícitos no transtorno do espectro do autismo. **Autismo**, 18, 684-693, 2014.
- DOMINIC, A. Trevisan; BOWERING, Marleis; Birmingham, Elina. Alexithymia, but not autism spectrum disorder, may be related to the production of emotional facial expressions. **Mol Autism**, Nov 11:7:46; **e-Collection**, 2016.
- EACK, Shaun M., Bahorik, Âmbar L., McKnight, Verão AF., Hogarty, Susan., Greenwald, Débora., Newhill, Cristina., Phillips, M., Keshavan, Mary., and Minshew, Nancy. Pontos comuns em deficiências cognitivas sociais e não sociais em adultos com transtorno do espectro do autismo e esquizofrenia. **Pesquisa sobre Esquizofrenia**, 148, 24-28, 2013.
- EACK, Shaun., Wojtalik, Jessica., Keshavan, Matcheri., & Minshew, Nancy. Função cerebral sociocognitiva e conectividade durante a tomada de perspectiva visual no autismo e na esquizofrenia. **Pesquisa sobre Esquizofrenia**, 183, 102-109, 2017.
- FERNANDES, João Miguel., Cajão, Rute., Lopes, Ricardo., Jerónimo, Rita., e Barahona-Corrêa, José Bernardo. Cognição social na esquizofrenia e nos

transtornos do espectro do autismo: uma revisão sistemática e meta-análise de comparações diretas. **Fronteiras em Psiquiatria**, 9, 2018.

FLETCHER-WATSON, Sue., McConnell, Fiona., Manola, Eirini., and McConachie, Helen. **Intervenções baseadas no modelo cognitivo da Teoria da Mente para transtorno do espectro do autismo (TEA)**. Banco de dados Cochrane de revisões sistemáticas, 3, 2014.

HESS, Sean., Self, T., and Dillolo, Anthony. Avaliando construções pessoais de adolescentes com transtorno do espectro do autismo: uma medida de cognição social centrada na pessoa. **Jornal de Autismo e Transtornos do Desenvolvimento**, 48, 485-501, 2018.

KILFORD, Emma., Garrett, Emily., and Blakemore, Sarah. O desenvolvimento da cognição social na adolescência: uma perspectiva integrada. **Avaliações de Neurociências e Biocomportamentos**, 70, 106-120, 2016.

LAUGESON, Elizabeth Um ensaio clínico randomizado para melhorar as habilidades sociais em jovens adultos com transtorno do espectro do autismo: o programa UCLA PEERS®. **Jornal de Autismo e Transtornos do Desenvolvimento**, 45, 3978-3989, 2015.

LOUKUSA, Soile., Mäkinen, Leena., Kuusikko-Gauffin, Sanna., Ebeling, Hanna., and Moilanen, Irma. Teoria da mente e habilidades de reconhecimento de emoções em crianças com comprometimento específico de linguagem, transtorno do espectro do autismo e desenvolvimento típico: diferenças de grupo e conexão com o conhecimento da morfologia gramatical, habilidades de localização de palavras e memória de trabalho verbal. **International Journal of Language and Communication Disorders**, 49(4), 498-507, 2014.

MILLS, Kathryn., Lalonde, François., Clasen, Liv S., Giedd, Jay., & Blakemore, Sarah. Mudanças de desenvolvimento na estrutura do cérebro social no final da infância e adolescência. **Neurociência Social Cognitiva e Afetiva**, 9(1), 123-31, 2014.

MINOLIN, Mary T., Raj, Benjamin Sagaya., & Vijayaraghavan, Richard. Eficácia da intervenção baseada em evidências sobre habilidades sociais e comunicação entre crianças com transtorno do espectro do autismo. **Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology**, May, 2022.

MIRANDA, Ana., Berenguer, Carmen., Roselló, Belén., Baixauli, Inmaculada., and Colomer, Carla. Cognição social em crianças com transtorno do espectro do autismo de alto funcionamento e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Associações com Funções Executivas. Fronteiras em Psicologia**, 8, 2017.

MORRISON, Kerriane., Pinkham, Amy., Kelsven, Skylar., Ludwig, Kelsen., Penn, David., and Sasson, Noah. Avaliação Psicométrica de Medidas Cognitivas

Sociais para Adultos com Autismo. **Revista Autismo**, 12, 766-778, 2019.

NAIR, Aarti., Jolliffe, Morgan., Lograsso, Yong Seuk S., and Bearden, Carrie. Uma revisão da conectividade de rede no modo padrão e sua associação com a cognição social em adolescentes com transtorno do espectro do autismo e psicose de início precoce. **Fronteiras em Psiquiatria**, 11, 2020.

PATRIQUIN, Michelle., De Ramus, Thomas., Libero, Lauren., Laird, Angela., & Kana, Rajesh. (2016). Marcadores neuroanatômicos e neurofuncionais da cognição social no transtorno do espectro do autismo. **Mapeamento do Cérebro Humano**, 37, 2016.

RUYSSCHAERT Lieselot; WARREYN Petra; WIERSEMA, Jan R.; OOSTRA Ann; ROEYERS, Herbert. Exploring the role of neural mirroring in children with autism spectrum disorder. **Autism Res.**; 7(2):197-206. Epub, 2014.

STEINBRENNER, Jessica. R., HUME, Kara., ODOM, Samuel. L., MORIN, Kristi. L., NOWELI, Sallie. W., TOMASZEWSKI, Brianne., SZENDREY, Susan., MCINTYRE, Nancy., YÜCESOY-ÖZKAN, Serife., & SAVAGE, Melissa. **Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism**. The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team, 2020.

ULJAREVIC. Mirko; HAMILTON, Antonia. Recognition of emotions in autism: a formal meta-analysis. *Meta-Analysis J. Autism Dev Disord*, Jul; 43(7):1517-26. 2013.

VELIKONJA, T.; VELTHORST, Eva; MCCLURE, Margaret; RUTTER, Sarah. Severe childhood trauma and clinical and neurocognitive features in Schizotypal Personality Disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 140(2), DOI:10.1111/acps.13032, 2019.

YANG, Shikuan; SUN, Nan; STOGIN, Birgitt Boschitsch; WANG, Jing; HUANG, Yu; WONG, Tak-Sing. Ultra-antireflective synthetic brochosomes. **Nature Communications**, volume 8, Article number: 1285, 2017.

TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIANTE *VERSUS* TRANSTORNO DISRUPTIVO DA DESREGULAÇÃO DO HUMOR: UMA ANÁLISE COMPARATIVA EM ADOLESCENTES E ADULTOS

Eunice Nóbrega Portela¹

Dirce Maria da Silva²

INTRODUÇÃO

A literatura recente sugere que, embora o Transtorno Opositor Desafiante (TOD) e o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH) compartilhem certas características superficiais, como irritabilidade e agressividade, suas raízes etiológicas, trajetórias de desenvolvimento e respostas a intervenções podem ser bastante distintas.

O TOD é frequentemente associado a padrões de comportamentos negativistas e desafiadores, que persistem e se intensificam, sem o tratamento adequado. enquanto o TDDH é caracterizado por uma irritabilidade severa e persistente que não é episódica e está frequentemente associada a explosões de raiva severas e desproporcionais.

Nesse contexto, este estudo traz como objetivos: descrever os critérios diagnósticos para o TOD e o TDDH; enfatizar as diferenças-chave que ajudam na identificação e tratamento de cada condição; e analisar o que a literatura apresenta sobre as manifestações clínicas de cada transtorno, privilegiando

1 Pós-doutorado em Psicanálise Clínica Profissional. Doutorado em Educação pela Universidade de Brasília. Mestrado em Educação pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduada em Transtorno do Espectro Autista, Terapia Cognitivo-Comportamental; Análise do Comportamento Aplicada; Psicopedagogia Clínica e Institucional, Neuropsicologia Clínica, Orientação Educacional e Administração Escolar. Graduada em Pedagogia pela Universidade de Brasília. Docente do Ensino Superior. E-mail: eunicenp65@gmail.com @draeunice_nobrega. Blog: www.draeunicenobrega.blog.br.

2 Doutoranda em Estudos Literários Comparados pela Universidade de Brasília. Mestre em Direitos Humanos pela UNIEURO/DF. Licenciada Letras e em Pedagogia; Bacharel em Administração. Pós-graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Análise do Comportamento Aplicada, Transtorno do Espectro Autista e Neuropsicopedagogia Institucional, Docência do Ensino Superior, Língua Inglesa, Educação a Distância, Gestão Pública e Negócios, e Recursos Humanos. Possui experiência como docente no Ensino Superior e na Educação Básica. E-mail: profdircesalome@gmail.com.

estudos de caso e revisões que destacam a eficácia das diferentes abordagens terapêuticas.

Por meio da revisão sistemática, examinou-se artigos e estudos de caso publicados nos últimos vinte anos, oriundos de bases acadêmicas como *PubMed*, *PsycINFO* e *Google Scholar* para coletar dados relevantes. A seleção dos estudos teve como critério, sobretudo, a relevância para os critérios de manifestações clínicas, diagnósticos e tratamentos dos transtornos em adultos.

DESENVOLVIMENTO

O TOD e o TDDH são condições psiquiátricas que podem parecer semelhantes, devido às manifestações de irritabilidade e comportamento desafiador, mas possuem diferenças significativas em termos de critérios diagnósticos, sintomatologia e abordagens terapêuticas.

Burke *et al.*, (2021) esclarece que o TOD é caracterizado por um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil em relação a figuras de autoridade. O transtorno se manifesta, frequentemente, na infância, e pode continuar na vida adulta. Os sintomas incluem irritabilidade frequente, raiva, discórdia e sentimento de vingança, que persistem por pelo menos seis meses. A condição está associada à ocorrência de problemas comportamentais, sociais, acadêmicos e/ou profissionais.

Torales *et al.*, (2018) destacam que o TOD inclui dimensões distintas, mas inseparáveis, de irritabilidade crônica e comportamento oposicionista, que são associados com psicopatologias *internalizantes*, como distúrbios pessoais de ansiedade, retraimento, depressão e sentimento de inferioridade, e *externalizantes*, que envolvem características de desafio, impulsividade, agressão e hiperatividade, favorecendo os conflitos com o ambiente

O TDDH foi introduzido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), para abordar o diagnóstico excessivo de transtorno bipolar em crianças, hoje também encontrado em comportamentos de adolescentes e adultos, categorizando-o melhor, observando-se sintomas de irritabilidade crônica severa e explosões de raiva desproporcionais em intensidade ou duração. Observou-se que os episódios ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana, durante um ano ou mais.

Johnson e McGuinness (2014) relatam que o TDDH apresenta as mesmas comorbidades relativas ao TOD, ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e, em especial, ao Transtorno de Conduta (TC), este, mais distintivo pela constância da irritabilidade e severidade das explosões.

Para Rodrigues, Sousa e Carmo (2010), a principal distinção entre os dois transtornos reside na natureza e frequência das explosões de raiva e na

persistência do humor irritável. O TOD é mais caracterizado pela atitude desafiadora e problemas comportamentais persistentes, sem a presença necessária de episódios de raiva severa.

Estudos como o de Krieger (2015) sugerem que os sintomas do TDDH são frequentemente acompanhados por diagnósticos de TOD, implicando significativa sobreposição, ainda que o TDDH possa ser mais adequadamente classificado como um especificador do TOD, devido à dificuldade de diferenciá-los apenas por sintomatologia.

A diferenciação entre esses transtornos é imprescindível para a definição de estratégias de tratamento adequadas. Enquanto o TOD pode responder melhor a intervenções focadas em técnicas de manejo comportamental e terapia familiar, o TDDH pode exigir abordagem mais centrada no tratamento farmacológico da irritabilidade e das explosões de temperamento, além de suporte psicoterapêutico. Compreender essas diferenças é fundamental para profissionais de saúde mental, psicoterapeutas e psicopedagogos.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

O TOD é identificado por um padrão persistente de comportamento irritadiço, argumentativo, desafiador ou vingativo. Segundo o DSM-5, o diagnóstico é confirmado quando um indivíduo apresenta quatro ou mais dos seguintes sintomas durante pelo menos seis meses, e exibidos durante a interação com pelo menos uma pessoa, que não seja tão próxima (APA, 2013):

- a) raiva/irritabilidade, frequente perda de temperamento;*
- b) argumentativo/desafiador: frequentemente discute com autoridades ou adultos;*
- c) vindicação: frequentemente se recusa a cumprir com regras ou solicitações;*
- d) delinquência: deliberadamente irrita outras pessoas ou culpa os outros por seus erros.*

Tais comportamentos devem causar significativa interferência na operação social, educacional ou ocupacional e não podem ser explicados por outra condição mental.

O TDDH é caracterizado por episódios severos de raiva desproporcional ao contexto e irritabilidade crônica. Os critérios para o diagnóstico incluem (APA, 2013):

- a) explosões de raiva: severas explosões de temperamento (verbais ou comportamentais) que são desproporcionais às circunstâncias;*
- b) frequência: as explosões ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana;*
- c) irritabilidade persistente: o humor entre as explosões é predominantemente irritável ou zangado, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;*
- d) duração: os sintomas estão presentes por 12 ou mais meses.*

Essas manifestações devem ocorrer antes dos dez anos de idade e não podem ser melhor explicadas por outro transtorno mental, como transtorno bipolar ou depressão, nem serem atribuíveis a substâncias ou condições médicas.

Embora estudos apontem que tais sintomas sejam geralmente mais encontrados em crianças, alguns adolescentes e adultos apresentam os mesmos critérios diagnósticos, que parece não ter cessado com as etapas do desenvolvimento e treino de habilidades sociais, exigindo o tratamento psíquico e, na maioria dos casos, intervenção medicamentosa.

A principal distinção entre os dois transtornos reside na natureza e frequência das explosões de raiva, persistência e frequência de irritabilidade. O TOD envolve comportamento mais argumentativo e desafiador, sem, necessariamente, incluir explosões frequentes de raiva severa, o que implica uma abordagem de tratamento focada em técnicas de manejo comportamental, treinamento de habilidades sociais e terapia familiar (Greene, Ablon e Martin, 2006).

Por outro lado, o TDDH requer uma abordagem que muitas vezes inclui a medicação, para ajudar a controlar a irritabilidade e as explosões de raiva, além de terapias que ensinam habilidades de regulação emocional, como a terapia cognitivo-comportamental (Stringaris, Cohen, Pine e Leibenluft, 2011).

DIAGNÓSTICOS PARA O TOD E O TDDH EM ADOLESCENTES E ADULTOS

A avaliação dos critérios diagnósticos para o TOD e o TDDH em adolescentes e adultos requer abordagem sistemática que envolva múltiplas fontes de informação e técnicas de avaliação. Devido às complexidades inerentes a esses transtornos e à variação dos sintomas com a idade, o processo de diagnóstico deve ser meticuloso e adaptado às especificidades da faixa etária (Krieger, 2015).

Nessa perspectiva a avaliação clínica deve ser detalhada e envolver as seguintes estratégias: entrevistas estruturadas e semiestruturadas, fazendo uso de ferramentas como a *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5®* (SCID-5-CV), ou a *Entrevista Diagnóstica para Transtornos do Humor e da Ansiedade* (ADIS), que podem ser usadas para garantir uma avaliação abrangente dos critérios diagnósticos.

Essas entrevistas permitem uma exploração profunda dos sintomas, frequência, duração e impacto no funcionamento diário, com histórico médico e psiquiátrico contendo histórico detalhado, para o mapeamento dos padrões comportamentais ao longo do tempo. Além do mais, as entrevistas auxiliam na identificação de outras condições médicas ou psiquiátricas que possam estar influenciando o comportamento do indivíduo (Greene, Ablon e Martin, 2006).

Além das entrevistas, deverá ser inserida a *observação comportamental* em duas etapas (APA, 2013):

- a) avaliação direta: observações no ambiente escolar, doméstico ou durante sessões clínicas podem fornecer informações sobre o comportamento do adolescente ou adulto em diferentes contextos. Especial atenção deve ser dada à interação com autoridades e pares, bem como a resposta a situações frustrantes ou provocativas;*
- b) relatos de terceiros: relatos de pais, educadores e parceiros podem ser essenciais para compreender as manifestações dos transtornos em diferentes ambientes e relacionamentos.*

É importante avaliar a consistência dos comportamentos relatados, em relação aos critérios diagnósticos. Como ferramentas de avaliação, propõe-se o uso de Questionários e Escalas: Instrumentos como a Escala de Avaliação de Oposição (OAS) ou a Escala de Problemas de Conduta podem ajudar na quantificação da frequência e severidade dos comportamentos. Para o TDDH, escalas que avaliam a frequência e intensidade de explosões de raiva e irritabilidade persistente são úteis para Testes Neuropsicológicos.

Eles podem ser aplicados para explorar funções cognitivas e emocionais que influenciam o comportamento, ajudando a diferenciar os transtornos de outros com sintomas similares, como o TDAH ou Transtornos do Espectro Bipolar (Stringaris, Cohen, Pine e Leibenluft, 2011).

Algumas considerações específicas para o público pesquisado são apontadas (APA, 2013):

- a) o desenvolvimento evolutivo: é essencial considerar o desenvolvimento evolutivo ao avaliar adolescentes e adultos, pois os critérios diagnósticos podem se manifestar diferentemente em comparação com crianças. Por exemplo, a expressão de desafio pode ser mais sutil e menos física, frequentemente manifestando-se como resistência passiva ou sarcasmo;*
- b) as comorbidades, com o objetivo de identificar e avaliar transtornos comórbidos, pois condições como depressão, ansiedade e TDAH podem coexistir e influenciar os sintomas de TOD e TDDH. A presença de comorbidades pode complicar o diagnóstico e deve ser cuidadosamente avaliada para garantir um plano de tratamento integrado e abrangente.*

A avaliação cuidadosa desses critérios corrobora para o diagnóstico e o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais assertivas. Essa abordagem integrada e informada garante que o tratamento seja direcionado aos sintomas, às causas subjacentes e aos fatores de manutenção dos comportamentos problemáticos.

DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A aplicação dos critérios diagnósticos de transtornos psiquiátricos como o TOD e o TDDH em adultos apresenta desafios únicos. Esses desafios derivam, em parte, das mudanças nas manifestações comportamentais que ocorrem com o envelhecimento e das complexidades introduzidas por comorbidades psiquiátricas mais presentes nesta faixa etária.

A transição desses critérios para o diagnóstico em adultos requer observação cuidadosa das variações comportamentais e do contexto de vida dos indivíduos (Robayo *et al.*, 2017).

Estudos de Burke *et al.*, (2021) informam que, embora o TOD seja tradicionalmente associado à infância, pesquisas indicam que os sintomas podem persistir na vida adulta ou manifestar-se de novas formas. Em adultos, os comportamentos oposicionistas podem aparecer menos como birras e mais como atitudes persistentemente desafiadoras e resistência passiva às normas sociais ou autoridades. Esses comportamentos podem ser mal interpretados como traços de personalidade ao invés de componentes de um transtorno psiquiátrico, complicando o diagnóstico.

O TDDH foi introduzido no DSM-5 para abordar questões de diagnóstico errôneo de transtorno bipolar em crianças devido à irritabilidade crônica. A pesquisa de Stringaris, Cohen, Pine e Leibenluft, (2011) esclarece que a relevância desse diagnóstico em adultos é menos clara, pois poucos estudos examinaram a persistência da desregulação do humor severa até a idade adulta. A irritabilidade em adultos pode estar mais relacionada à variedade de diversos outros fatores psicológicos, ou médicos, incluindo estresse crônico, depressão ou ansiedade, que podem obscurecer a clareza do diagnóstico.

Nesse sentido, conforme Boarati, Pantano e Scivoletto (2016), a avaliação de TOD e TDDH em adultos requer abordagem multiprofissional. Para isso, os pesquisadores recomendam:

- a) avaliação comportamental detalhada: utilizar entrevistas clínicas estruturadas e escalas de avaliação específicas para sintomas dos transtornos, adaptadas para reconhecer manifestações adultas;*
- b) monitoramento longitudinal, dado que os comportamentos podem variar significativamente ao longo do tempo. O acompanhamento longitudinal pode ajudar a diferenciar entre características de personalidade e manifestações de transtornos psiquiátricos;*
- c) consideração de comorbidades: avaliar e tratar comorbidades psiquiátricas é fundamental, pois estas podem influenciar a apresentação e a gestão dos transtornos de humor e comportamento.*

Com isso, vê-se que o diagnóstico de TOD e TDDH em adultos é campo emergente, que requer maior atenção na pesquisa psiquiátrica, e que o desenvolvimento de diretrizes diagnósticas específicas para adultos ajudará a melhorar a precisão diagnóstica e a eficácia do tratamento para esta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão conduzida sobre os critérios diagnósticos, manifestações clínicas e abordagens terapêuticas para o Transtorno Opositor Desafiante e para o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor apresentou nuances que impactam a identificação e o tratamento destas condições, especialmente em adultos e adolescentes. Os estudos elencados apresentam contribuições fundamentais sobre a aplicabilidade dos critérios diagnósticos, evidenciando desafios e perspectivas para a prática clínica e a pesquisa referente aos transtornos.

Verificou-se que, os critérios diagnósticos, para ambos os transtornos, foram inicialmente concebidos para crianças, mas destaca-se, posteriormente, a necessidade de adaptações para sua aplicação em adolescentes e adultos. Enquanto o TOD, em adultos, tende a manifestar-se com comportamento desafiador contínuo e resistência passiva, o TDDH em adultos acarreta sobreposição e condições como depressão e ansiedade, exigindo olhar clínico mais detalhado, para diferenciar tais condições.

Quanto aos diagnósticos, a literatura sugere que muitos dos comportamentos associados ao TOD podem persistir, ou transformar-se com a idade, enquanto o TDDH requer mais investigação, para validar a continuidade dos sintomas na vida adulta. As abordagens diagnósticas precisam, portanto, considerar a evolução dos sintomas e as diferenças contextuais que influenciam seu aparecimento.

Diagnosticar TOD e TDDH em adultos requer diretrizes que incorporem a variabilidade e a complexidade dos sintomas, nos diferentes estágios da vida. Além disso, a eficácia das abordagens terapêuticas varia, podendo haver necessidade de tratamentos personalizados, que considerem as especificidades e as comorbidades relativas a cada paciente.

A literatura revisada sublinha a importância de estratégias terapêuticas integrativas e adaptativas, especialmente em face das mudanças no entendimento desses transtornos ao longo do tempo.

Por fim, destaca-se a importância de uma abordagem holística e evolutiva no diagnóstico e tratamento do TOD e do TDDH, considerando as transformações nos critérios diagnósticos e manifestações clínicas, à medida que os pacientes transitam da infância para a idade adulta. O desenvolvimento futuro de diretrizes clínicas específicas para adultos é fundamental, bem como pesquisas adicionais focadas em melhores práticas terapêuticas, que garantam tratamento eficaz e fundamentado.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5th ed.). Washington, DC, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BOARATI, M.A; PANTANO, T.; SCIVOLETTO S. **Psiquiatria da infância e da adolescência: cuidado multidisciplinar**. Barueri: Editora Manole; 2016.
- BURKE, J. D., *et al.* Integrative Guide to the Development and Disorders of Real Life Emotions in Adolescents and Adults: Challenges and Management. **Journal of Clinical Psychiatry**, 82(1), 18-28, 2021.
- GREENE, R. W., ABLON, J. S., & MARTIN, A. Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. **Psychiatric Services**, 57(5), 610-616, 2006.
- JOHNSON, K. M., & MCGUINNESS, T. M. Disruptive mood dysregulation disorder: a new diagnosis in the DSM-5. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, 52(2), 17-20, 2014.
- KRIEGER, F.V. **Refinando o diagnóstico de transtorno de oposição e desafio na infância e adolescência: validação e caracterização da dimensão irritável** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP); 2015.
- ROBAYO, A.M; CARO, L.F.M.; LÓPEZ, L.C.R.; HERNÁNDEZ, V.R.; PUERTO, M.M.R. Estrategias de intervención dirigidas a niños com trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. **Rev Ciênc Salud**. Abr;15(1):105-27, 2017.
- RODRIGUES, C.I.; SOUSA, M.C.; CARMO, J.S. Transtorno de conduta/TDAH e aprendizagem da matemática: um estudo de caso. **Psicol Esc Educ** (Impr). Jul/Dez;14(2):193-201, 2010.
- STRINGARIS, A.; COHEN, P.; PINE, D. S., & LEIBENLUFT, E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. **American Journal of Psychiatry**, 168(9), 956-964, 2011.
- TORALES, J.; BARRIOS, I.; ARCE, A.; VIOLA, L. Trastorno negativista desafiante: una puesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles. **Pediatr** (Assunção). 2018 Abr;45(1):65-73, 2018.

TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIADOR (TOD): DESAFIOS E PERSPECTIVAS COMPORTAMENTAIS NO PROCESSO DA EDUCAÇÃO INFANTIL

Jamerson Francisco Sousa Magalhães¹

Luís de Gonzaga Costa Oliveira²

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos psicológicos têm afetado as crianças ultimamente, fazendo com que elas venham possuir alguma patologia, dificultando o processo ensino-aprendizagem, o convívio familiar e até mesmo o seu desenvolvimento intelectual. Entre esses transtornos, destaca-se o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), considerado uma patologia que se caracteriza por um padrão persistente de comportamentos opositivo ou desafiador, tendo algumas adversidades em aceitar regras, lidar com frustrações etc. O tema dessa pesquisa é: “Transtorno Opositor Desafiador (TOD): Desafios e Perspectivas Comportamentais no processo da Educação”.

Estudar o TOD é crucial para entender suas causas, sintomas e tratamentos. Isso pode ajudar a desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados e promover uma maior compreensão e aceitação na sociedade. Além disso, o estudo do TOD pode fornecer insights importantes sobre a saúde mental e o funcionamento do cérebro, beneficiando não apenas aqueles que sofrem do transtorno, mas também profissionais de saúde e a comunidade em geral.

Considerando que o TOD representa um grande desafio para o processo ensino-aprendizagem, surgem inquietações tanto no processo do ensino quanto no convívio familiar, no processo de socialização. Desta forma, surgem indagações que demandam estudos para encontrar respostas a seguintes perguntas: As estratégias utilizadas para sondar os impactos do TOD no processo de ensino

1 Licenciado em Pedagogia pela Faculdade do Vale do Itapecuru – FAI e Graduando em História pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA. Email: jamersonmagalhaes164@outlook.com.

2 Professor e Diretor Acadêmico da Faculdade do Vale do Itapecuru – FAI e do Instituto Superior de Educação de Caxias – ISEC. Doutor e Mestre em Teologia. Licenciado em Filosofia. Email: pecostaluis@gmail.com.

-aprendizagem de crianças e adolescentes é de fato eficaz?

O objetivo geral da pesquisa é analisar os desafios e perspectivas do TOD no processo de ensino-aprendizagem na educação infantil. E os específicos são: conhecer como ocorrer o processo de ensino-aprendizagem na criança com o TOD; levantar informações comportamentais dos sintomas apresentado em sala de aula de uma criança com TOD; elaborar um diagnóstico dos elementos comportamentais, para traçar soluções para ajudar crianças com TOD; e por fim demonstrar que a criança com TOD é uma criança como qualquer uma comum no processo de ensino quanto meio familiar e social.

Os resultados alcançados nesta pesquisa caracterizam o TOD como um transtorno que se apresenta na criança, como um padrão de humor raivoso, comportamento questionador-desafiador ou de índole vingativa, que requer qualificação específica na área de docência do professor, intervenções pedagógicas interdisciplinares promovidas pelo professor na sala de aula, equipe pedagógica e família, acolhimento da criança com afetividade e compreensão.

2. A EDUCAÇÃO INFANTIL

A Educação Infantil é responsável por proporcionar à criança um ambiente educativo onde possa desenvolver sua capacidade de partilhar, cooperar, e com seus colegas e professores. Segundo Evangelista, ela deve ser compreendida como:

um ambiente socioeducativo que assegura a socialização, inserção, interação e aprendizagem das crianças de 0 a 5 anos, entendendo que elas possuem suas especificidades, e não devem ser entendidas apenas como etapa preparatória para o Ensino Fundamental ou como o momento em que a criança deve ser assistida para possibilitar a entrada ou permanência dos pais no mercado de trabalho. (EVANGELISTA, 2018, p. 2).

Nessa perspectiva, de acordo com o autor, a importância de um ambiente socioeducativo para crianças de 0 a 5 anos, que vai além de simplesmente prepará-las para o Ensino Fundamental ou servir como uma forma de permitir que os pais trabalhem, ressalta que esse ambiente deve garantir a socialização, inserção, interação e aprendizagem das crianças, reconhecendo suas necessidades específicas nessa faixa etária.

O destinatário da Educação Infantil é a criança considerada como

Sujeito histórico e de direitos que, nas interações, relações e práticas cotidianas que vivencia, constrói sua identidade pessoal e coletiva, brinca, imagina, fantasia, deseja, aprende, observa, experimenta, narra, questiona e constrói sentido sobre a natureza e a sociedade, produzindo cultura. (Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil, 2010, p. 12).

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (2018) a primeira etapa da educação básica, oferecida em creches e pré-escolas, se caracteriza como espaço institucional não doméstico, constituídos como estabelecimentos educacionais públicos ou privados, que educam e cuidam de crianças de 0 a 5 anos de idade no período diurno, em jornada integral ou parcial, regulados e supervisionados por órgão competente do sistema de ensino e submetidos a controle social. Cabe ao Estado garantir a oferta de Educação Infantil pública, gratuita e de qualidade, sem requisito de seleção.

A Educação Infantil necessita ser compreendida em amplo sentido, porque ela pode englobar efetivamente todas as modalidades de processo ensino-aprendizagem de uma criança na família e na comunidade, na qual, antes mesmo de atingirem a idade obrigatória para ingressar na escola (KUHLMANN, 2003, p. 469):

Eventualmente, a efetivação da Educação Infantil no Brasil não foi fácil e percorreu um longo percurso histórico até ser considerada um direito da criança e um dever do Estado e opção da família.

Especialmente no Brasil a educação pública, teve início do século XX. Ao longo de muitas décadas, aconteceram diversas transformações no ensino-aprendizagem: “A pré-escola não tinha caráter formal, não havia professor qualificados e a mão de obra era muita das vezes formada por voluntários, que rapidamente desistiram desse trabalho”. (MENDONÇA *apud* PEREIRA et al., 2012, p. 1370). Somente em 1988, através da Constituição Federal, é que a criança foi reconhecida como sujeito de direitos e deveres, e a Educação Infantil foi finalmente incluída no sistema educacional.

O processo ensino-aprendizagem inicia na fase, na qual a criança ainda está pequena, outorgando os primeiros passos, falando as primeiras palavras, conhecendo o mundo que está fazendo parte, segundo Leontiev (*apud* PASCHOAL et al., 1988).

Para Vygotsky (*apud* PASCHOAL et al., 1988, p. 2175), “É nessa fase da vida que ela começa a se apropriar das objetivações humanas em sua relação com o adulto, sobretudo, porque seu desenvolvimento intelectual depende das relações que estabelece com o outro, bem como, com os fatores sociais”.

Segundo Vygotsky (*apud* LEMOS, 2020), o desenvolvimento cognitivo do aluno se dá por meio de relações sociais, ou seja, de sua interação com outros indivíduos e com o meio. Para Vygotsky, o professor é figura essencial do saber por representar um elo intermediário entre o aluno e o conhecimento disponível no ambiente.

Segunda Kramer (1999, p. 01), a educação infantil tem um papel social:

A educação infantil tem papel social importante no desenvolvimento humano e social. A prioridade é a escola fundamental, com acesso e permanência das crianças e aquisição dos conhecimentos, mas a luta pela escola fundamental não contraria a importância da educação infantil – primeira etapa da educação básica – para todos. (KRAMER, 1999, p. 01).

As crianças são seres sociais, têm uma história, pertencem a uma classe social, estabelecem relações segundo seu contexto de origem, possuem uma linguagem, ocupam um espaço geográfico, e são valorizadas de acordo com os padrões do seu contexto familiar e com a sua própria inserção nesse contexto. Elas são pessoas, enraizadas num todo social que as envolve e que nelas imprimem padrões de autoridade, linguagem, costumes (KRAMER, 1999).

A Lei 9394/96, conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) estabelece as normas das diretrizes em relação a educação nacional, destacando o atendimento à criança:

Art. 31. A educação infantil será organizada de acordo com as seguintes regras comuns: (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013)

I - avaliação mediante acompanhamento e registro do desenvolvimento das crianças, sem o objetivo de promoção, mesmo para o acesso ao ensino fundamental; (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013)

II - carga horária mínima anual de 800 (oitocentas) horas, distribuída por um mínimo de 200 (duzentos) dias de trabalho educacional; (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013)

III - atendimento à criança de, no mínimo, 4 (quatro) horas diárias para o turno parcial e de 7 (sete) horas para a jornada integral; (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013)

IV - controle de frequência pela instituição de educação pré-escolar, exigida a frequência mínima de 60% (sessenta por cento) do total de horas; (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013)

V - expedição de documentação que permita atestar os processos de desenvolvimento e aprendizagem da criança. (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013)

Particularmente em relação à Educação Infantil a LDB promulga:

Art. 29. A Educação Infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança de até 5 (cinco) anos, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. Art. 30 a Educação Infantil será oferecida em creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos de idade - pré-escolas, para as crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade.

Neste artigo a LDB destaca a importância da Educação Infantil no desenvolvimento global das crianças, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais. Além disso, ressalta o papel complementar da escola em relação à família e à comunidade no cuidado e na educação das crianças pequenas.

A LDB no seu artigo 30 especifica os tipos de instituições onde a Educação Infantil deve ser oferecida: creches, para crianças de até três anos, e pré-escolas, para crianças de quatro a cinco anos. Esses estabelecimentos devem ser espaços adequados ao atendimento das necessidades das crianças nessa faixa etária, proporcionando um ambiente seguro, estimulante e propício ao aprendizado e ao desenvolvimento.

Por sua vez a Constituição Federal do Brasil de 1988 pontualiza que

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988, p. 61).

Por fim, o artigo 205 Constituição Federal de 1988, que estabelece a educação como um direito de todos e um dever do Estado e da família. Além disso, destaca a importância da colaboração da sociedade na promoção e no incentivo à educação.

O objetivo principal é o pleno desenvolvimento da pessoa, preparando-a para exercer sua cidadania e se qualificar para o trabalho. Isso ressalta a abrangência e a relevância da educação como um pilar fundamental para o desenvolvimento individual e coletivo, bem como para a construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Visto ainda em conformidade com as DCNEI, em seu artigo 9º, os grandes pilares da estruturação das práticas pedagógicas dessa etapa da Educação Básica são as interações e as brincadeiras, experiências nas quais as crianças podem construir e apropriar-se de conhecimentos por meio de suas ações e interações com seus pares e com os adultos, o que possibilita aprendizagens, desenvolvimento e socialização.

Interpreta-se a interação da criança durante o brincar como elemento que caracteriza o cotidiano da infância, trazendo consigo muitas aprendizagens e potenciais para o grande desenvolvimento integral das crianças.

A inclusão da Educação Infantil na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) representa uma vitória nesse processo histórico-cultural de sua valorização no processo ensino-aprendizagem.

De acordo com o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil argumenta:

Cabe ao professor individualizar as situações de aprendizagem oferecidas às crianças, considerando suas capacidades afetivas, emocionais, sociais, cognitivas assim como os conhecimentos que possuem dos mais diferentes assuntos e suas origens Socioculturais diversas. Isso significa que o professor deve planejar e oferecer uma gama variada de experiências que responda, simultaneamente, às demandas do grupo e as individualidades de cada criança (MEC, 1998, p. 32).

Nessa perspectiva da Educação Infantil, a figura essencial para ocorrer o processo educativo das crianças na Educação Infantil é o professor. Portanto, compete ao professor gerenciar o processo de desenvolvimento das capacidades cognitivas da criança em todo o processo educacional, através de um planejamento educacional que visa à construção do conhecimento.

3. TRANSTORNO Opositor Desafiador (TOD)

Nos últimos anos a Psicologia tem produzido estudos específicos sobre o TOD. O TOD é definido como

um distúrbio que ocorre na infância e adolescência e provoca sintomas com comportamentos desafiador e impulsivo, dificuldade de lidar com frustrações, teimosia, entre outros (RIBEIRO, 2023, p. 01).

Porém é oportuno salientar como observa Paulo e Rondina (*apud* CÁCERES; SANTOS, 2010) uma relativa escassez de trabalhos sobre o TOD.

Sabemos que as crianças estão num processo de constante aprendizagem de como lidar com seus sentimentos e de como conviver, interagir com outras pessoas. Alguns comportamentos específicos como respostas à raiva, frustração e pressão excessiva, podem indicar o TOD.

O TOD pode ocorrer tanto na infância quanto na adolescência sem uma causa específica. O transtorno está ligado a “fatores biológicos, disfunções cognitivas, desafios no ambiente familiar e experiências traumáticas” (GONÇALVES, 2023, p. 01).

Segundo a neurologista Letícia Sampaio (*apud* RIBEIRO, 2023, p. 01), as principais características do transtorno opositor desafiador:

Comportamento desafiador: as crianças com TOD frequentemente desafiam as regras, desobedecem aos pais e professores e se recusam a seguir instruções;
 Comportamento irritável: elas também podem ficar facilmente irritadas, com explosões de raiva frequentes e intensas;
 Vingança: podem buscar vingança contra outros, especialmente os adultos que elas acreditam que lhe causaram algum mal, e frequentemente são rancorosas;
 Teimosia: podem ser excessivamente teimosas e obstinadas, recusando-se a ceder, mesmo quando suas demandas são claramente irrealistas ou inapropriadas;
 Dificuldade em lidar com frustrações: podem ter dificuldades em lidar com situações frustrantes e estressantes, tornando-se facilmente desencorajadas;
 Comportamento impulsivo: crianças com TOD podem agir impulsivamente, sem pensar nas consequências de seus atos.

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ou DMS-5 (2014, p. 462) define o TOD como “um padrão de humor raivoso/irritável, de

comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses”.

De acordo com DSM-5, o TOD tem uma escala de classificação: a) Leve: os sintomas se limitam a apenas um ambiente, como por exemplo, em casa, na escola, no trabalho, com os colegas; b) Moderado: alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes; c) Grave: alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes.

Segundo a DSM-5, o TOD podem desenvolver outros tipos de transtornos como transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior.

Para a DSM-5, não é raro indivíduos com TOD apresentarem sintomas somente em casa e apenas com membros da família. No entanto, a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno. Tendem a ser mais comuns no sexo masculino do que no feminino.

Quando o TOD é persistente ao longo do desenvolvimento do indivíduo, estes vivenciam conflitos frequentes com pais, professores, supervisores, pares e parceiros românticos. Com frequência, tais problemas resultam em prejuízos significativos no ajustamento emocional, social, acadêmico e profissional do indivíduo (DSM-5).

O TOD pode ser facilmente confundido com o Transtorno de Conduta (TC), que apresenta riscos para a criança e a coletividade (OLIVEIRA; COSTA, 20221).

Essas duas perspectivas fornecem *insights* complementares sobre as diferenças entre o TOD e o TC, destacando tanto os aspectos clínicos quanto a lacuna de pesquisa em relação ao TOD. Essas informações são importantes para a compreensão e o manejo adequado desses transtornos, visando oferecer o suporte necessário para as pessoas afetadas e suas famílias.

A criança com TOD tende não para quieta, de acordo com especialistas da área essas crianças gostam de ser desafiada, gosta de provocar autoridades, vale ressaltar que essas condutas ocorrem em situações onde a criança ou adolescente com TOD se ver ameaçada por uma autoridade, fazendo com que ocorra o conflito entre ambos.

Visando esses conflitos, pacientes que possuem este diagnóstico possuem grandes obstáculos no processo de socialização, uma vez que nós seres humanos gostamos de comunicação, interação social, dialogar, sorrir, falar, indagar, e o essencial de ter contato com gente, gente gosta de gente, para que ocorra a socialização (CÁCERES; SANTOS, 2010).

Os sintomas do TOD, podem se manifestar na escola e no convívio familiar e raramente se estende até na fase da adolescência. Normalmente, os sintomas fazem parte de um padrão relacionado a problemas com outras pessoas.

De acordo com a DSM-5:

Os sintomas do transtorno de oposição desafiante podem se limitar a apenas um ambiente, mais frequentemente em casa. Os indivíduos que apresentam sintomas suficientes para atingir o limiar diagnóstico, mesmo que isso ocorra somente em casa, podem ter prejuízos significativos em seu funcionamento social. Todavia, nos casos mais graves, os sintomas do transtorno estão presentes em múltiplos ambientes. Levando-se em conta que a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno, é extremamente importante avaliar o comportamento do indivíduo em vários ambientes e relacionamentos. Como são comuns entre irmãos, esses comportamentos devem ser observados nas interações com outras pessoas.

O diagnóstico do TOD é realizado através de especialistas como neurologista infantil, psiquiatria, psicopedagogo ou um psicólogo clínico. Em seguida deve ser feita uma avaliação clínica minuciosa da criança suspeita de TOD.

Com relação ao tratamento, importante pontuar que o tratamento medicamentoso não exclui a necessidade de tratamento psicossocial e psicoterapêutico e tem por objetivo a diminuição dos sintomas de impulsividade, raiva e agressividade, característicos do transtorno. (AGOSTINI; SANTOS *apud* VIANA; MARTINS, 2022, p. 363).

Em evidência um dos tratamentos que pode ser realizado como intervenção para o tratamento com o TOD, terapia familiar, participar de processos socialização, e inclusão de atividades pedagógicas no processo ensino-aprendizagem.

Quando mais cedo o diagnóstico for realizado melhor será o resultado do tratamento. A criança que apresenta características condizentes com o TOD deve realizar o tratamento preventivo, que garantirá com maior probabilidade de não se tornar um adulto com possíveis transtornos de condutas e transtornos antissociais (BRITES *apud* VIANA; MARTINS, 2022).

O TOD é um distúrbio comportamental que pode causar significativos desafios para crianças, adolescentes e suas famílias. No entanto, com uma compreensão adequada do transtorno e a implementação de intervenções apropriadas, é possível melhorar o funcionamento e a qualidade de vida desses indivíduos. É fundamental buscar apoio de profissionais qualificados, como psicopedagogo, neurologista, psicólogos, psiquiatras e terapeutas familiares, para garantir uma abordagem integrada e eficaz no manejo do TOD.

4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS COMPORTAMENTAIS NO PROCESSO DA EDUCAÇÃO INFANTIL

Depois de expor toda a complexidade apresentada sobre o comportamento do aluno com TOD, é necessário refletir sobre a modalidade de um trabalho pedagógico que alcance o objetivo de promover o desenvolvimento cognitivo das crianças.

O processo de ensino-aprendizagem a ser desenvolvido com a criança com

TOD, não é nada fácil para o professor, por isso, a sua qualificação continuada é indispensável para obtenção de conhecimentos e experiências que facilitarão o trabalho pedagógico dentro da sala de aula.

Segundo Libâneo (2004, p. 227):

A formação continuada é o prolongamento da formação inicial, visando o aperfeiçoamento profissional teórico e prático no próprio contexto de trabalho e o desenvolvimento de uma cultura geral mais ampla, para além do exercício profissional.

Concomitantemente à ação pedagógica do professor faz-se necessária a participação integral da família. De acordo com Teixeira (2014) a comunicação estabelecida entre pais e professores deve sempre observar e discutir de forma conjunta soluções e estratégias, para o monitoramento da vivência escolar e familiar da criança.

O professor ao interagir com crianças TOD deve realizar abordagens eficazes que visam direcionar o aluno a desenvolver as suas potencialidades, habilidades e competências no processo de ensino- aprendizagem. Uma das habilidades a ser desenvolvida pelo professor em sala de aula para lidar com o TOD é ter paciência e afetividade com os portadores do transtorno. O professor pode elogiar, motivar a criança com o TOD a realizar as tarefas, negociar, socializar, entre outras estratégias na sala de aula.

As estratégias e soluções adotadas devem está sintonizadas com o comportamento que o transtorno provoca na criança. Segundo Teixeira (2014) é indispensável que o professor esteja capacitado a identificar essas informações comportamentais características da criança com TOD na sala de aula para lograr êxito na sua interferência pedagógica.

A instituição escolar pode ser o único ambiente onde a criança com o TOD tem a esperança de ser ajudado e acolhido, para que possa se socializar e conviver com seus pares e ter uma vida normal.

Nesta perspectiva assinala Teixeira atitudes que devem ser abordadas em ambiente familiar e escolar:

- 1) Tenha um ambiente saudável;
- 2) Estabeleça regras e limites;
- 3) Faça pedidos e objetivos;
- 4) Pai e mãe devem falar a mesma língua;
- 5) Seja um exemplo positivo e pacífico para o seu filho;
- 6) Seja amigo de seu filho;
- 7) Fortaleça autoestima de seu filho;
- 8) Esteja atento às mudanças da adolescência;
- 9) Esteja atento à saúde mental de seu filho;
- 10) Ensine sobre as pressões da juventude;
- 11) Estimule as práticas de esporte;
- 12) Comunica-se a escola (TEIXEIRA, 2014, p.85-93)

Portanto, o professor jamais conseguirá alcançar suas metas pedagógicas de modo individualizado no enfrentamento do transtorno. Cabe à instituição escolar trabalhar em conjunto e traçar objetivos para serem alcançados e atingir os melhores resultados no processo ensino-aprendizagem.

De acordo com Freitas

A escola, por estar inserida numa sociedade excludente, tanto pode ser causa de desigualdades, como pode, inclusive, acentuar algumas delas ocasionada por limitações da própria escola em responder às necessidades de alguns alunos. (*apud* SILVA, 2017, p. 12)

Enfim, podemos elencar alguns desafios e expectativas a serem enfrentados pelo professor na Educação Infantil no processo de ensino-aprendizagem com alunos com TOD:

- O professor necessita conhecer o TOD e suas implicações comportamentais na sala de aula;
- Transformar a sala de aula num ambiente acolhedor e afetivo;
- Estimular a criança a participar de todas as atividades pedagógicas desenvolvidas na sala de aula;
- Organizar na escola uma equipe multidisciplinar com experiência e conhecimento pedagógico para fazer a melhor abordagem das crianças com TOD de forma individualizada;
- Evitar qualquer tipo de pressão ou crítica sobre as crianças;
- Promover mais as atividades de grupo para favorecer a interação social da criança;
- Conscientizar a família de sua efetiva participação em atividades pedagógicas específicas desenvolvidas na escola e na sala de aula para promover a socialização da criança;
- Socializar com o professor as informações do acompanhamento neuropsicológico que está sendo realizado com a criança;
- Responsabilizar a criança com tarefas nas atividades vivenciadas na sala de aula;
- Olhar para a criança sem rotulações ou comportamento diferenciado.

A superação desses desafios podem garantir a eficácia do processo de ensino-aprendizagem, reduzindo ao máximo os impactos negativos que o TOD tende a implementar na Educação Infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como finalidade analisar os desafios e perspectivas comportamentais no processo da Educação Infantil na criança com TOD. Buscou-se conhecer como ocorre o processo ensino-aprendizagem na criança com o TOD, destacando seu conceito, sintomas, diagnóstico e tratamento, colocando em evidência o papel fundamental do professor para diagnosticar os elementos comportamentais característicos do TOD, propor soluções pedagógicas, consciente de que sua intervenção requer a participação da família e de toda a equipe escolar para ser exitosa, evitando assim se transformar em outros transtornos.

O TOD é um transtorno que inicia na infância apresentando comportamentos característicos: violência, desobediência, provação e perturbação dos amigos em sala de aula e dos professores, o que possivelmente atrapalhará o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e até mesmo da criança com o TOD.

Em suma, é fundamental que a família, a escola e a sociedade percorram a superação desse grande desafio juntos, ajudando de forma afetiva a criança com o TOD. É fundamental que o professor não deixe passar despercebidos os casos suspeitos de TOD observados em sua sala de aula, identificando os sintomas e encaminhando para os especialistas multidisciplinares a criança com o transtorno. Indispensável será a elaboração de intervenções pedagógicas individualizadas que sejam capazes de transformar a sala de aula num ambiente acolhedor e afetivo contribuindo para o processo de socialização e aprendizagem da criança portado do TOD, especificamente na Educação Infantil.

REFERÊNCIAS

BARRETO, L. G. M.; SILVA, N.; MELO, S.S. **História da Educação Infantil**: Centro de Educação Infantil Eusébio Justino de Camargo. Nova Olímpia-MT. Disponível em: http://need.unemat.br/4_forum/artigos/luciani.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996**. LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano, n. 157, p. 59-64, 15 ago. 2018.

CÁCERES, N. G.; SANTOS, N. G. Conhecendo o Transtorno Opositivo Desafiador–TOD–E estabelecendo relações de aprendizagem escolar. **Revista Philologus**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 72, p. 676-686, set dez 2018. Disponível em <https://www.obbiotec.com.br/wp-content/uploads/2022/03/OBJ-CONHECENDO-O-TRANSTORNO-OPOSITIVO-DESAFIADOR.pdf>. Acesso

em: 17 nov. 2023.

EVANGELISTA, D.A. **Educação infantil**: uma análise da prática pedagógica. Disponível em: <https://frjaltosanto.edu.br/site/wp-content/uploads/2019/05/07-Artigo-EDUCA%C3%87%C3%83O-INFANTIL.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2023.

GONÇALVES, M. **TOD**-(Transtorno Opositor Desafiador: Sintomas e Tratamento). Ninhos do Brasil. 2023. Disponível em: <https://www.ninhosdobrasil.com.br/TOD>. Acesso em: 18 nov. 2023.

KRAMER, S. O papel social da educação infantil. **Revista textos do Brasil**. Brasília, Ministério das Relações Exteriores, 1999. Disponível em https://grupoinfoc.com.br/publicacoes/periodicos/p53_O_papel_social_da_Educacao_Infantil.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

KULMANN JÚNIOR, M. **A circulação das ideias sobre a educação das crianças**: Brasil no início do século XX. In: FREITAS, M. C.; KULMANN JÚNIOR, M. (Orgs.). Os intelectuais na história da infância. São Paulo: Cortez, 2002.

LEMOS, J. **Desenvolvimento por quê?** Disponível <https://ofuturoagora.com.br/2020/por-como-quando-cognitivo2023>.

LIBÂNEO, J. C. **Organização e Gestão da Escola – Teoria e Prática**. Goiânia: Alternativa, 2004.

Manual **diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2023.

MEC. **BASE NACIONAL COMUM CURRICULAR (BNCC)**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/base-nacional-comum-curricular-bncc>. Acesso em: 05 dez.2023.

MEC. Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil. 1999. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Referencial+Curricular+Nacional+para+Educa%C3%A7%C3%A3o+Infantil&oq=Referencial+Curricular+Nacional+para+Educa%C3%A7%C3%A3o+Infantil+&aqs=chrome..69i57.9072j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em: 05 dez. 2023.

OLIVEIRA, D. C. de B.; COSTA, D. R. M. da. Revisão da literatura sobre Transtorno Opositivo Desafiador e Transtorno de Conduta: causas/proteção, estratégia escolar e relação com a criminalidade. **Rev. Ciências & Cognição** 2021; Vol 26(2) 360-369. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista>. Acesso em: 16 nov. 2023.

PASCHOAL, J. D. et al. A educação infantil em foco: desafios e perspectivas para a educação dos bebês. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 11, n. 4, p. 2174–2190, 2016. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8530>. Acesso em: 12 nov. 2023.

PEREIRA, A. C. et al. BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO INFANTIL NO BRASIL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 8, p. 1368– 1374, set/2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6845>. Acesso em: 12 de nov. 2023.

PRADO, R. R.; MONTEIRO, J.; GONÇALVES, A. M. **Guia de orientação para o relacionamento com pessoas com transtorno opositor desafiador**. Belém, PA: SAEST/UFPA, 2022. V. 2. 10 p. Disponível em: <https://livroaberto.ufpa.br/jspui/handle/prefix/1108>. Acesso em: 12 nov. 2023.

RIBEIRO, M. **Tod**: Entenda o que é o Transtorno Opositivo-Desafiador. Uol. 2023. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/pediatria/tod-entenda-o-que-e-o-transtorno-opositor-desafiador/>. Acesso em: 11 nov. 2023.

SENADO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 21 nov. 2023.

SENADO FEDERAL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70320/65.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2023.

SILVA, T. C. G. **TRANSTORNO Opositor DESAFIADOR – COMO ENFRENTAR O TOD NA ESCOLA**. 2017. Monografia (Especialização em Educação Especial e Inclusiva) – Pós Graduação Latu Sensu – Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2017.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência, e da pesquisa. Petrópolis: Vozes, 2014.

VIANA, L. R.; MARTINS, M. G. T. **TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (TOD): INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 12, p. 355–373, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i12.8024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8024>. Acesso em: 25 nov. 2023.

VIDAL, E. de F. et al. **Uma reflexão sobre o conhecimento que o professor do ensino fundamental i do município de ponta grossa tem sobre o tod – transtorno opositor desafiador**. Anais VI CONEDU. Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/62877>. Acesso em: 02 nov. 2023.

APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS (ABA) OU ANÁLISE APLICADA DO COMPORTAMENTO: UM ESTUDO PANORÂMICO SOBRE ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS E EFICÁCIA DO MÉTODO PARA NEURODIVERGENTES

Dirce Maria da Silva¹

Eunice Nóbrega Portela²

INTRODUÇÃO

O Autismo, também denominado Transtorno Global do Desenvolvimento ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), é caracterizado por alterações na comunicação, na interação social e no comportamento. O desenvolvimento de indivíduos atípicos, especialmente aqueles com TEA e outras condições neurodiversas exige métodos diferenciados e recursos específicos para promover o crescimento cognitivo, social e acadêmico.

A Análise do Comportamento Aplicada, mais conhecida como Método ABA, surge como ferramenta de treinamento e apoio ao desenvolvimento de habilidades, facilitando a interação social e o desempenho educacional de indivíduos neurodiversos. Este sistema de intervenção, cientificamente respaldado, utiliza a aplicação de princípios de aprendizagem para moldar comportamentos. Seu principal objetivo é facilitar a aquisição de habilidades sociais, comunicativas e comportamentais, por meio de

1 Doutoranda em Estudos Literários Comparados pela Universidade de Brasília. Mestre em Direitos Humanos pela UNIEURO/DF. Licenciada Letras e em Pedagogia; Bacharel em Administração. Pós-graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Análise do Comportamento Aplicada, Transtorno do Espectro Autista e Neuropsicopedagogia Institucional, Docência do Ensino Superior, Língua Inglesa, Educação a Distância, Gestão Pública e Negócios, e Recursos Humanos. Possui experiência como docente no Ensino Superior e na Educação Básica. E-mail: profdircesalome@gmail.com.

2 Pós-doutorado em Psicanálise Clínica Profissional. Doutorado em Educação pela Universidade de Brasília. Mestrado em Educação pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduada em Transtorno do Espectro Autista, Terapia Cognitivo-Comportamental; Análise do Comportamento Aplicada; Psicopedagogia Clínica e Institucional, Neuropsicologia Clínica, Orientação Educacional e Administração Escolar. Graduada em Pedagogia pela Universidade de Brasília. Docente do Ensino Superior. @draeunice_nobrega. www.draeunicenobrega.blog.br, E-mail: eunicenp65@gmail.com.

intervenções direcionadas, que visam o desenvolvimento cognitivo, promovem a aprendizagem e moldam comportamentos.

O artigo parte de uma revisão panorâmica de literatura sobre do conceito do Método, a seguir, apresenta técnicas de intervenções aplicadas ao desenvolvimento de neurodivergentes, convergindo para a apresentação de resultados de pesquisas, oriundas de contextos diversos, sobre a eficácia da metodologia comportamental aplicada ao desenvolvimento cognitivo e social de indivíduos atípicos.

DOS PRIMÓRDIOS DA ANÁLISE CIENTÍFICA DO COMPORTAMENTO

Centrado no comportamento, o Método ABA surgiu como uma técnica de terapia comportamental, visando facilitar a aquisição de novas habilidades e comportamentos e auxiliar na gestão de questões comportamentais desafiadoras, como agressão e autoestimulação, que podem prejudicar o aprendizado e o desenvolvimento.

As ciências do comportamento, a partir dos princípios estabelecidos por Burrhus Frederic Skinner nas obras *Verbal Behavior* (1957) e *Reinforcement Contingencies* (1969), têm desenvolvido continuamente protocolos, procedimentos e técnicas, acompanhados por pesquisas teóricas e empíricas para avaliar a eficácia e observar o progresso desses métodos, suas aplicações práticas e avanços teóricos em intervenções clínicas.

Nesse sentido, Skinner (1969; 1980) desempenhou papel fundamental nesse desenvolvimento, sendo um dos primeiros psicólogos a utilizar o reforço positivo como ferramenta para modificar comportamentos. Ele também se destacou pela técnica da modelagem comportamental, na qual recompensas são utilizadas para ensinar novos comportamentos, postulando que todos os comportamentos são aprendidos por meio da interação indivíduo-ambiente, pois, além dos conteúdos psíquicos, o comportamento abrange as ações observáveis.

Conforme Skinner, essas ações são, essencialmente, as maneiras pelas quais os seres humanos interagem com o ambiente ao seu redor, o qual influencia o indivíduo e é influenciado por ele. Nessa perspectiva, o comportamento é concebido como um *fenômeno operante*, no qual as ações individuais desempenham papel ativo na interação com o mundo exterior, moldando, tanto o ambiente, quanto o próprio comportamento do indivíduo.

Na visão de Skinner (1957), os processos que o organismo humano compartilha com outras espécies alteram o comportamento para ele obter um intercâmbio mais útil e mais seguro em determinado meio. Uma vez estabelecido um comportamento apropriado, suas consequências agem por meio de processos

semelhantes, e tendem a permanecer ativas. Se, por acaso, o meio se modifica, formas antigas de comportamento desaparecem, enquanto novas consequências produzem novas formas.

Nesse contexto, é evidente que o comportamento não se limita à esfera mental, de modo que o foco da psicologia não reside exclusivamente na mente humana, sendo composto pelas diversas manifestações comportamentais e pelas múltiplas formas pelas quais a vida humana se desenvolve na interação com seu entorno. Logo, a compreensão de que o comportamento é diretamente influenciado pelo ambiente que o cerca.

Para Skinner (1957), o comportamento verbal é elemento significativo entre os comportamentos humanos. Ele observa que, embora compartilhe características com outros comportamentos, o verbal se distingue por sua mediação com outras pessoas e por não ser diretamente determinado pelo ambiente físico. Segundo Skinner, a interação entre o falante e o ouvinte constitui o que ele denomina de *episódio verbal completo ou total*.

Por conseguinte, os protocolos da ciência do comportamento passaram a ser adotados como abordagens terapêuticas também para neurodivergentes, devendo, de acordo com Alan Kazdin (1978), na obra *History of behavior: experimental foundation of contemporary research (História do comportamento: fundamento experimental da pesquisa contemporânea)*, serem aplicados para o desenvolvimento das habilidades de comunicação, para melhorar a interação social, facilitar o desenvolvimento de habilidades acadêmicas, reduzir comportamentos inadequados, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e, conseqüentemente, de toda a família.

No Método ABA, as intervenções podem ser aplicadas em casa, na escola ou em clínicas especializadas. Geralmente realizada de forma intensiva, com sessões de 20 a 40 horas por semana, a terapia deve ser definida conforme as necessidades individuais, permitindo que o terapeuta trabalhe habilidades e comportamentos definidos e/ou recomendados. A seguir, apresentamos uma série de intervenções que fazem parte da terapêutica.

TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO UTILIZADAS EM ANÁLISE APLICADA DO COMPORTAMENTO

Conforme estudos de Smith *et al.* (2000) e Magiati & Howlin (2020), a metodologia de intervenções pode ser aplicada de diversas maneiras, dependendo das necessidades e características pessoais do indivíduo com transtornos do desenvolvimento e comportamento. Dentre as técnicas utilizadas abordaremos aqui, dez delas: o *reforço positivo*, o *reforço negativo*, as *técnicas de intervenção*, a *análise de tarefas*, a *generalização*, os *contratos comportamentais*, a *modelagem por vídeos*, o

ensino de comunicação através de troca de imagens, o ensino sem erro e o treinamento de habilidades sociais mediado por pares.

No que diz respeito ao Reforço Positivo (*Positive Reinforcement*), o uso de recompensas imediatas promove comportamentos desejados em crianças com dificuldades de aprendizagem ou dificuldades de interação social. Nesse contexto, conforme Alves-Mazzotti & Gewandszajder (2002), quando a criança realiza algo corretamente, o profissional aplica o *reforço positivo*, incentivando a repetição desse comportamento no futuro. A recompensa ao comportamento esperado promove a aprendizagem e desenvolve expectativas positivas voltadas à ocorrência de comportamentos semelhantes.

Uma criança com dificuldades de aprendizagem ou de interação social pode não saber como responder ou se comportar em determinadas situações. Nesse sentido, quando a criança realiza algo corretamente ou demonstra um comportamento desejado, o profissional utiliza imediatamente o *reforço positivo*, uma recompensa, que pode ser um elogio, um brinquedo, sempre de acordo com as preferências da pessoa, para incentivar a repetição desse comportamento em outras ocasiões. Dessa forma, as crianças aprenderão quando deverão manter comportamentos semelhantes.

Por outro lado, o Reforço Negativo (*Negative Reinforcement*) não deve ser confundido com punição. Ele envolve a remoção de um estímulo aversivo quando um comportamento indesejado ocorre. Conforme observado por Sofronoff, Attwood & Hinton (2005), essa abordagem é útil para promover comportamentos desejados, como limpar o quarto para evitar ser incomodado pelos pais, ou pressionar o botão de soneca para silenciar o alarme sonoro, evitando um estímulo aversivo, o que reforça o comportamento de pressionar o botão de soneca.

Como explicado por Berkson (1965), por exemplo, limpar o quarto é o comportamento desejado para evitar que os pais incomodem, ou seja, evita-se estímulo ainda mais aversivo. Lembrar-se de tomar o antiácido antes de sentir azia por comer um jantar apimentado é um comportamento desejado para evitar o estímulo aversivo maior.

É importante destacar que o reforço negativo não é punição. Ao contrário da punição, que visa diminuir um comportamento, o reforço negativo é usado para aumentar um comportamento desejado.

Por sua vez, as Técnicas de Intervenção «solicitando e desaparecendo» (*Prompts and Fadings*), fornecem orientações visuais ou verbais para encorajar comportamentos desejados em crianças. De acordo com Reichow (2012), essas técnicas funcionam como dicas gentis ou instruções verbais usadas para lembrar a criança de se comportar adequadamente, como tirar os sapatos ao entrar em casa. Elas podem ser menos diretas e podem incluir apenas gestos ou olhares.

O objetivo das *Técnicas de Intervenção* é, gradualmente, eliminar essas dicas, à medida que a criança desenvolve independência comportamental. Por meio dessa intervenção, espera-se que a criança adote comportamentos simples e sem necessidade de lembretes. Exemplos práticos podem ser fornecimento de instruções, como incentivar a criança a lavar as mãos antes de uma refeição. Essas instruções são geralmente úteis e não intimidadoras ou acusatórias.

Quanto à Análise de Tarefas (*Task Analysis*), é uma abordagem destinada a compreender as habilidades da criança. De acordo com Dowson *et al.* (2010), a *Análise de Tarefas* emerge como uma ferramenta fundamental no conjunto de técnicas do Método de Análise do Comportamento Aplicada. Essa técnica permite uma observação detalhada da execução de uma determinada tarefa pela criança, identificando áreas específicas de desenvolvimento, que vão desde habilidades físicas, até processos cognitivos e comportamentos repetitivos, além de alocação, ambientação e generalização.

Cooper, Heron & Heward (2020) explicam que a *Análise de Tarefas* se destaca por trabalhar com a decomposição de tarefas complexas em etapas menores e mais acessíveis, que podem variar desde a modelagem por vídeo até o ensino de comunicação por meio de troca de imagens e o treinamento de habilidades sociais mediado por pares. A análise de tarefas é essencial para uma abordagem personalizada dentro do contexto da Análise Aplicada do Comportamento.

Já a Generalização (*Generalization*) é uma técnica usada para garantir que as crianças apliquem o que aprenderam em diferentes contextos. Por exemplo, se uma criança sabe cantar o alfabeto, o professor pode tentar aplicar esse conhecimento a outras atividades, como ensinar a criança a soletrar seu nome. Segundo Magiati *et al.*, (2020), esse processo de transferência de habilidades promove aprendizagem duradoura.

Outra técnica, denominada Contratos de Comportamento (*Behavior Contracts*), se caracterizam como estratégias para o desenvolvimento de comportamentos apropriados. Alves-Mazzotti & Gewandsznajder (2002) explicam que, nesse procedimento, os analistas de comportamento utilizam *contratos, acordos*, para ensinar comportamentos adequados, que são planos breves, divididos em partes, negociados entre a criança e o terapeuta. Eles começam listando o comportamento positivo desejado e descrevem as recompensas que a criança receberá ao completar o comportamento. Escrever as expectativas comportamentais com recompensas atrativas pode ajudar a motivar as crianças.

Quanto à técnica da Modelagem de Vídeo (*Video Modeling*), Smith *et al.*, (2000) esclarecem que desde a década de 1980 a pesquisa em ABA tem apoiado os benefícios dessa abordagem. É uma técnica particularmente eficaz

para alunos visuais, permitindo que aprendam comportamentos e atividades através da observação. Nela, vídeos são mostrados às crianças como devem se comportar e realizar atividades, resultando em melhoria do desenvolvimento de habilidades sociais, de comunicação e lúdicas.

A técnica do Sistema de Comunicação por Troca de Imagens (*Picture Exchange Communication System*), desenvolvida por Lori Frost & Andy Bondy em 1985, é uma ferramenta utilizada para crianças com dificuldades de expressão verbal. Segundo Leblanc, Richardson & Burns (2017), o *Sistema de Comunicação por Troca de Imagens* permite que crianças não verbais ou com habilidades limitadas de fala se comuniquem usando cartões com gráficos representando termos cotidianos. Esse sistema é baseado no livro “Comportamento Verbal” de Skinner (1978) e tem sido utilizado com sucesso para promover a comunicação em crianças com autismo.

O Ensino sem Erros (*Errorless Teaching*) é projetado para minimizar erros e maximizar a aprendizagem. De acordo com Gonçalves *et al.*, (2016), os terapeutas fornecem dicas para orientar as crianças em direção a respostas corretas, reduzindo a probabilidade de respostas incorretas. Esse estilo de *intervenção antecedente* visa a reduzir os erros, oferecendo pistas para respostas corretas, que vai gradualmente diminuindo a dependência das dicas, permitindo que as crianças respondam de forma independente e correta.

Já o Treinamento de Habilidades Sociais Mediado por Pares (*Peer-Mediated Social Skills Training*) é utilizado para ajudar as crianças a desenvolverem habilidades sociais. Segundo Simpson & Lewis (2021), as crianças aprendem melhor com seus pares, e essa abordagem permite que pratiquem habilidades sociais com colegas da mesma idade. Similar à *modelagem de vídeo*, esse treinamento envolve outras crianças demonstrando comportamento apropriado, com dicas verbais e não verbais, e *reforço positivo* após a demonstração correta.

DA EFICÁCIA DO MÉTODO DE ANÁLISE APLICADA EM AUTISTAS

Estudos recentes têm ressaltado a eficácia do Método de Análise do Comportamento Aplicada no aprimoramento das habilidades de crianças autistas, com melhorias substanciais em diversas áreas de seu desenvolvimento.

Dawson *et al.*, (2010) evidenciaram resultados positivos, notando melhorias significativas nas habilidades das crianças autistas submetidas a intervenções baseadas no Método ABA. No mesmo sentido, Mason, Rispoli & Ganz (2019) destacam avanços em habilidades sociais e acadêmicas a partir da aplicação de métodos ABA, especialmente em crianças em idade escolar, e Smith *et al.*, (2000) apontam melhorias notáveis em habilidades sociais, comportamentais e acadêmicas em crianças autistas com idades entre 2 e 8 anos após terapias com o Método ABA.

Leblanc *et al.*, (2017) conduziram pesquisa que avaliou o impacto da

aplicação terapêutica com o Método ABA por equipes multidisciplinares, observando melhorias significativas nas habilidades sociais e de comunicação nas crianças autistas. No mesmo sentido, Magiati *et al.*, (2020) exploraram os benefícios do Método ABA em abordagem multidisciplinar, concluindo que tais intervenções podem resultar em melhores resultados que abordagens unidisciplinares. Os autores destacam a importância da abordagem integrada e colaborativa no tratamento de crianças autistas, sublinhando os benefícios potenciais da combinação do Método ABA com outras disciplinas terapêuticas.

Chiang *et al.*, (2013) também analisaram a eficácia da intervenção multidisciplinar com o Método ABA, revelando progressos importantes em habilidades sociais, comunicativas e comportamentais. No mesmo sentido, Suhrheinrich, Stahmer & Reed (2016) demonstram a eficácia do Método na promoção da comunicação e das habilidades sociais em crianças autistas em idade pré-escolar, enfatizando sua utilidade no ensino de habilidades sociais complexas, como iniciar e manter conversas. Da mesma forma, Faria *et al.*, (2017) realizaram revisão sistemática da literatura, concluindo que as intervenções baseadas na abordagem ABA apresentam resultados positivos na melhoria do comportamento verbal e não verbal de crianças com autismo.

Almeida *et al.*, (2019) também destacam a eficácia do Método na melhoria de comportamentos verbais e não verbais, além de reduzir comportamentos problemáticos, contribuindo para uma melhoria global na qualidade de vida das crianças autistas.

Essas descobertas refletem a capacidade do Método ABA de promover o desenvolvimento das crianças, ressaltando-se a importância da terapêutica adaptada individualmente às necessidades individuais de cada criança.

No mesmo sentido, estudos conduzidos por Gonçalves *et al.*, (2016) investigaram os efeitos de um programa de intervenção ABA no comportamento de uma criança autista, revelando resultados que destacaram a eficácia do Método na redução de comportamentos problemáticos, ao mesmo tempo em que promoveram melhorias significativas nas habilidades sociais e comportamentais da criança.

As estratégias possibilitam que a criança desenvolva seu potencial natural, respeitando suas singularidades, necessidades e habilidades individuais.

Esses estudos reforçam a eficácia do Método ABA no desenvolvimento de habilidades essenciais em crianças autistas e apontam para a vantagem de utilizar uma abordagem multidisciplinar, integrando o método com outras formas de intervenção para maximizar o potencial de progresso e bem-estar dos indivíduos neurodivergentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, o Método de Análise do Comportamento Aplicada caracteriza-se como abordagem multifacetada e adaptável, fundamentada na análise e modificação do ambiente, aliada a técnicas personalizadas e intensivas. As intervenções abordam as necessidades individuais e características únicas de cada pessoa com transtornos do desenvolvimento, oferecendo uma variedade de abordagens para fortalecer comportamentos desejados e extinguir comportamentos indesejados.

A abordagem ABA, intensiva e personalizada, facilita o desenvolvimento de habilidades sociais, como o contato visual e a comunicação funcional, além de reforçar competências acadêmicas como leitura, escrita e matemática. Também ajuda na aquisição de habilidades cotidianas, como higiene pessoal. Além disso, o Método se concentra na redução de comportamentos problemáticos, como agressão, estereotípias e autolesões, proporcionando uma intervenção abrangente para o progresso geral do indivíduo.

A revisão de estudos e publicização de resultados reforça a eficácia na promoção do desenvolvimento de habilidades sociais, comunicativas e acadêmicas, por meio da aplicação do Método ABA, em conjunto com outros programas de intervenção, quando necessário, para maximizar o potencial de progresso e bem-estar dos indivíduos neurodivergentes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. L.; ROCHA, E. A.; ROCHA, T. B.; FREITAS, D. A. Avaliação psicológica no contexto das separações conjugais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 23(1), 1-8. doi: 10.22409/resa2019.v23i1.1260, 2019.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.
- BERKSON, G. Stereotyped Movements of Mental Defectives: VI. No Effect of Amphetamine or a Barbiturate. **Perceptual and Motor Skills**, 21(3), 698–698, 1965. Disponível em: <https://doi.org/10.2466/pms.1965.21.3.698>. Acesso em: 11. Mai. 2024.
- BONDY, Aandy. S.; FROST, Lory. A. The Picture Exchange Communication System. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, 16(2), 85-92, 2001.
- CHIANG, Hsu-Min; CHEUNG, Ying Kuen; HICKSON, Linda; Xiang, Rui; Tsai, LUKE Y., BROWN, T. The Effects of a Multidisciplinary Integrated Group Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder in Taiwan. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 43(9), 2013.

COOPER, John O.; HERON, Timothy E.; HEWARD, William L. **Applied Behavior Analysis**. 3ª ed. Pearson, 2020.

DAWSON, Geraldine; ROGERS, Sally; MUNSON, Jeffrey; SMITH, Milani; WINTER, Jamie; GREENSON, Jessica; VARLEY, Jennifer. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. **Pediatrics**, 125(1), e17-e23, 2010. Disponível em: doi: 10.1542/peds.2009-0958. Acesso em: 09, mai. 2024.

DOWSON, Adrienne Miller; HASSIOTIS, A., SPENCER, J. L. **Applied Behaviour Analysis and Learning Disabilities: A Bibliography**. Jessica Kingsley Publishers, 2010.

SMITH, Tristram H.; EIKESETH, S.; JAHR, E.; ELDEVIK, Sigmund. Outcome for children with autism who began intensive behavioral treatment between ages 4 and 7: A comparison controlled study. **Behavior Modification**, 26(1), 49-68, 2000.

FARIA, Leidiane; SOARES, F.; LIMA, R.; MOTA, N.; CAGY, M.; HYPHANTIS, T. Terapia cognitivo-comportamental e qualidade de vida: uma revisão integrativa de estudos empíricos. **Health and Quality of Life Outcomes**, 15(1), 1-10. doi: 10.1186/s12955-017-0628-8., 2017.

GONÇALVES, T. R.; COELHO, A. M.; OLIVEIRA, J. A.; MARTINS, J. G.; RIBEIRO, R. T. Assessment of body composition by bioelectrical impedance vector analysis in adults and elderly individuals. **Journal of body work and movement therapies** (Avaliação da composição corporal por vetor de impedância bioelétrica análise em adultos e idosos. Diário de trabalho corporal e movimento terapias, 20(4), 789-796. doi: 10.1016/j.jbmt.2016.03.003, 2016.

KAZDIN, Alan. E. The emergence of behavior modification. In: **History of behavior: experimental foundation of contemporary research**. Baltimore. University Park Press, 1978, p. 151-185. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1979-21615-000>. Acesso em: 10, mai. 2024.

LEBLANC, Lise; RICHARDSON, Warnie S.; BURNS, Kimberly A. Autism Spectrum Disorder and Applied Behavior Analysis: A Systematic Review. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 35, 65-78, 2017.

LOVAAS, O. Ivar. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 55(1), 3-9. doi: 10.1037/0022-006x.55.1.3, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3571656/>. Acesso em: 09, mai. 2024.

MAGIATI, I.; TAY, X. W.; HOWLIN, P. Cognitive, language, social and behavioural outcomes in individuals with autism spectrum disorders receiving interventions based on Applied Behaviour Analysis: A systematic review and meta-analysis. **Autism**, 24(3), 581-592, 2020.

MASON, Rose A.; RISPOLI, Mandi; GANZ, Jennifer B. The effects of

modified incidental teaching on the academic responding of children with autism spectrum disorder. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 52(1), 31-48.), 2019.

REICHOW, Brian. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 42(4), 512-520.), 2012.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Verbal Behavior**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.

SKINNER, Burrhus Frederic. **O comportamento verbal**. Tradução de Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Cultrix - Ed. da Universidade de São Paulo, 1978.

Skinner, Burrhus Frederic. **Contingências do reforço: Uma análise teórica**. (R. Moreno, Trad.) São Paulo: Abril Cultural. (Trabalho original publicado em 1969), 1980.

SIMPSON, J. N.; LEWIS, T. J. **Peer-mediated social skills training**. In: T. A. Collins & R. O. Hawkins (Eds.), *Peers as change agents: A guide to implementing peer-mediated interventions in schools* (pp. 127–136). Oxford University Press, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190068714.003.0011>. Acesso em: 10. mai. 2024.

SOFRONOFF, Kate; ATTWOOD, Tony; HINTON, Sharon. A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 46(11), 1152-1160. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01567.x, 2005.

SUHRHEINRICH, Jessica Stahmer; REED, Aubyn C.; SCHREIBMAN, Sarah. The implementation and effectiveness of a pilot parent-implemented intervention for young children with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 29, 13-23.), 2016, 2016.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA IMPLEMENTAÇÃO PARA AUTISTAS COM ALTA FUNCIONALIDADE

Eunice Nóbrega Portela¹

INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se estabelecido como uma das intervenções psicológicas mais efetivas para tratamento psicoterapêutico de distúrbios psicológicos. Tradicionalmente aplicada em contextos de saúde mental para tratar ansiedade, depressão, e transtornos comportamentais, a TCC vem sendo progressivamente adaptada para atender necessidades específicas de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O TEA é uma condição complexa de desenvolvimento, caracterizada por desafios na comunicação e interação social, bem como por padrões de comportamentos restritivos e repetitivos. Dada a natureza singular do TEA e as variadas manifestações deste transtorno no espectro, a implementação da TCC nessa população enfrenta desafios únicos que demandam abordagem personalizada e considerada.

Este artigo visa explorar os desafios específicos enfrentados por terapeutas ao aplicar a TCC em indivíduos com TEA, ao mesmo tempo em que busca identificar e discutir estratégias para superar tais obstáculos. A necessidade de adaptar técnicas tradicionais da TCC para se adequar melhor às peculiaridades comunicativas e sociais dos autistas, apresenta tanto uma oportunidade para o desenvolvimento de práticas terapêuticas inovadoras, quanto um desafio para profissionais e pesquisadores da área. Salienta-se que abordagens pacientes e repetitivas são fundamentais para reforçar o aprendizado e facilitar a generalização de habilidades, para além do contexto terapêutico, fatores aqui enfatizados.

¹ Pós-doutorado em Psicanálise Clínica Profissional. Doutorado em Educação pela Universidade de Brasília. Mestrado em Educação pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduada em Transtorno do Espectro Autista, Terapia Cognitivo-Comportamental; Análise do Comportamento Aplicada; Psicopedagogia Clínica e Institucional, Neuropsicologia Clínica, Orientação Educacional e Administração Escolar. Graduada em Pedagogia pela Universidade de Brasília. Docente do Ensino Superior. E-mail: eunicenp65@gmail.com @draeunice_nobrega. Blog: www.draeunicenobrega.blog.br.

A metodologia adotada neste estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura, abrangendo estudos publicados entre 1996 e 2023, tanto em português quanto em inglês, focando nas teorias e intervenções da TCC clássica, aplicadas ao TEA-AF, evidenciando a importância da adaptação e personalização da terapia para essa população específica.

A busca por evidências foi realizada em bases de dados acadêmicas primárias, como PubMed, PsycINFO e Scopus, complementada por uma seleção manual de referências de estudos relevantes. Este processo meticuloso visa sintetizar as evidências disponíveis de forma a oferecer compreensão abrangente dos desafios e estratégias associadas à implementação da TCC em autistas.

Ao enfatizar as limitações que dificultam o engajamento terapêutico e o progresso no tratamento dentro deste grupo populacional específico, bem como na identificação de estratégias de intervenção eficazes, este estudo contribui para a literatura existente ao buscar fornecer informações relevantes para a prática clínica.

DESENVOLVIMENTO

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma modalidade de intervenção psicológica consolidada que visa auxiliar aos indivíduos a compreender e modificar pensamentos e sentimentos que influenciam comportamentos mal adaptados.

Originada na década de 1960, a TCC fundamenta-se no princípio de que processos cognitivos influenciam o comportamento e que a reestruturação cognitiva pode levar a mudanças comportamentais significativas (Farrell, James, Maddox, Griffiths e White, 2016; Loades, 2015; Mcgillivray e Evert, 2014).

Por ser uma metodologia com respaldo científico, a Terapia Cognitivo-Comportamental procura adotar práticas investigativas reconhecidas e atualizadas para examinar a efetividade de suas abordagens. Estudos como os de Bonell et al., 2012; Leonardi, 2017; Vieira e Hossne, (2015) mostram a contribuição do uso dessa abordagem por meio de Ensaio Clínicos Controlados Randomizados (ECCRs). Estudos desse tipo foram amplamente utilizados para explorar a eficácia e a praticabilidade das intervenções de TCC em várias abordagens para indivíduos com TEA de alto funcionamento.

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) introduziu, em 2014, importantes alterações aos diagnósticos do TEA. Nessa nova edição, o foco foi direcionado para a avaliação do nível de severidade dos sintomas, com especial atenção para duas principais áreas: dificuldades na interação social e na comunicação, e a presença de comportamentos, interesses ou atividades repetitivas e restritas (APA, 2014; Duarte et al., 2016).

Dessa forma, o TEA é entendido como um distúrbio neuropsiquiátrico

que varia em sua apresentação sintomática e é marcado por um espectro de dificuldades, incluindo limitações severas no contato social, problemas na compreensão e utilização da linguagem, comportamentos estereotipados e um conjunto limitado de interesses e atividades. Além disso, uma característica notável é a baixa tolerância à frustração, classificando-se os indivíduos dentro de um espectro de gravidade de nível 1 a 3, com o nível 3 sendo o mais grave (APA, 2014; Backes et al., 2014).

A trajetória do TEA varia significativamente, entre indivíduos e fatores, como o Quociente de Inteligência (QI) dentro da média e a habilidade verbal, aspectos indicativos de melhores prognósticos em algumas esferas da vida (APA, 2014; Brito & Vasconcelos, 2016). A APA (2014) aponta que apenas uma minoria dos indivíduos com TEA alcança a capacidade de trabalhar e viver de maneira independente na vida adulta, formando o grupo dos chamados de alto funcionamento (TEA-AF). A capacidade intelectual desses indivíduos é crucial para o diagnóstico diferencial do TEA-AF, permitindo-lhes, em muitos casos, maior independência. No entanto, mesmo com menores déficits, esses indivíduos podem experimentar ansiedade e depressão, especialmente em contextos sociais, além de serem socialmente vulneráveis e terem dificuldades em gerenciar demandas práticas da vida cotidiana (APA, 2014; Brito e Vasconcelos, 2016; Oliveras-Rentas et al., 2012).

No que tange ao tratamento, a TCC tem se mostrado uma estratégia eficaz no manejo de diversos transtornos que se manifestam na infância, especialmente em crianças e jovens com TEA-AF (Farrell et al., 2016; Loades, 2015; McGillivray e Evert, 2014).

A aplicabilidade da TCC em TEA também tem sido substancialmente estudada em indivíduos de alto funcionamento. Para aqueles com níveis moderados a severos do espectro, a capacidade cognitiva limitada, um aspecto presente em cerca de 70% das crianças com TEA, pode dificultar a efetividade das técnicas cognitivas. Assim, a avaliação da capacidade cognitiva e das habilidades verbais torna-se essencial para determinar a adequação da TCC, permitindo a realização de adaptações específicas para cada caso no plano terapêutico (Rotheram-Fuller e Hodas, 2015).

Nos últimos anos, observou-se um crescimento significativo no uso da TCC para indivíduos com TEA, em grande parte devido ao reconhecimento de que, apesar das dificuldades intrínsecas ao transtorno, muitos indivíduos autistas podem se beneficiar de terapias voltadas para a modificação de comportamentos e o desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação. Contudo, a implementação efetiva da TCC neste contexto enfrenta desafios, primariamente relacionados à necessidade de personalizar técnicas para alinharem com às capacidades cognitivas e sensoriais dos autistas (Rotheram-Fuller e Hodas, 2015).

Destaca-se a importância da adaptação da TCC para indivíduos com TEA. Esta adaptação envolve a personalização das técnicas de terapia para se abordar características únicas e necessidades dos autistas. Conforme os autores, a eficácia da TCC em autistas pode ser significativamente aumentada através do uso de estratégias personalizadas que levem em consideração as dificuldades específicas de comunicação, socialização e sensibilidade sensorial dessa população (Rotheram-Fuller e Hodas, 2015).

Para superar esses desafios, pesquisas recentes sugerem uma série de adaptações nas práticas tradicionais da TCC, incluindo o uso de recursos visuais para facilitar e simplificar a compreensão da linguagem, ao serem adaptados aos níveis de compreensão e incorporação de interesses específicos do indivíduo, para aumentar o engajamento. Além disso, a participação ativa da família nas sessões de terapia tem se mostrado fundamental, proporcionando aos pais e cuidadores ferramentas complementares indispensáveis para apoiar a continuidade das estratégias terapêuticas no ambiente doméstico (Reaven et al., 2012).

As particularidades e os desafios enfrentados por crianças com TEA exigem que os pais desempenhem um papel mais ativo e diversificado, em comparação com a criação de filhos sem essa condição. Na jornada terapêutica, com frequência, os pais assumem múltiplas funções, incluindo as de defensores dos direitos dos filhos, orientadores, educadores e coterapeutas. Adicionalmente, é possível abordar e modificar crenças disfuncionais dos pais que podem contribuir para aumentar a ansiedade de seus filhos (Johnco e Storch, 2015; Reaven et al., 2012).

AS PRINCIPAIS BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA TCC PARA AUTISTAS-AF

A TCC representa uma modalidade terapêutica eficaz em diversos contextos psicológicos, oferecendo estratégias para o manejo de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Entretanto, a aplicação dessa terapia em indivíduos com TEA-AF demanda adaptações específicas, devido às particularidades cognitivas e sensoriais dessa população.

A literatura especializada destaca diversas barreiras na implementação da TCC em autistas, incluindo dificuldades de comunicação, resistência a mudanças na rotina e sensibilidade sensorial aumentada. Tais barreiras podem comprometer a eficácia da terapia e requerem atenção especial dos terapeutas para a adaptação das técnicas utilizadas.

A personalização das técnicas de TCC é fundamental para atender às necessidades individuais dos autistas. Conforme Consolini e Lopes (2019), isto inclui o uso de recursos visuais para facilitar a compreensão, a simplificação da

linguagem e a incorporação de interesses específicos do paciente para aumentar o engajamento. Além disso, a intervenção precoce e a alta frequência das sessões são aspectos que contribuem para o sucesso da terapia.

A paciência e a repetição são componentes cruciais no processo terapêutico com autistas, dada a natureza do transtorno e as diferenças individuais dentro do espectro. Estratégias como a repetição de conceitos e a prática consistente de habilidades sociais e de comunicação são essenciais para promover a generalização dos aprendizados.

Nessa perspectiva, a adaptação da TCC para o tratamento de indivíduos com TEA apresenta desafios significativos, mas também oferece oportunidades para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas inovadoras. A identificação de barreiras específicas e a personalização das técnicas de TCC são fundamentais para superar tais desafios, assim como a paciência e a repetição, essenciais para facilitar o aprendizado e a generalização das habilidades adquiridas.

CONTEXTO DA APLICAÇÃO DA TCC EM INDIVÍDUOS COM TEA-AF

No contexto da aplicação da TCC em indivíduos com TEA, o processo de análise para superar os desafios identificados envolve uma abordagem multifacetada. Este processo é fundamental para entender melhor as complexidades associadas ao espectro e otimizar as estratégias terapêuticas.

A seguir, descrevemos um modelo de análise baseado em dois pilares principais: a síntese qualitativa dos desafios e o agrupamento das estratégias baseadas em sua eficácia e aplicabilidade.

A síntese qualitativa dos Desafios Identificados envolve a coleta e análise de dados de diferentes estudos, relatórios de caso e experiências clínicas para identificar os principais desafios enfrentados na implementação da TCC em indivíduos com TEA.

Os desafios comuns incluem: a) dificuldades de comunicação e socialização: muitos indivíduos com TEA apresentam desafios significativos em habilidades de comunicação e socialização, o que pode dificultar a interação terapêutica tradicional; b) Sensibilidade sensorial: alterações na sensibilidade sensorial são comuns em indivíduos com TEA, requerendo adaptações no ambiente terapêutico para minimizar desconfortos; c) Rigidez comportamental e cognitiva: a resistência à mudança e a rigidez em rotinas podem ser barreiras significativas para a implementação de novas estratégias comportamentais (Spain et al., 2015).

Após a identificação dos desafios, é crucial agrupar as estratégias de intervenção baseadas em sua eficácia e aplicabilidade. Este processo envolve

a análise de evidências de estudos controlados, revisões sistemáticas e meta-análises para identificar as abordagens mais promissoras.

O processo de análise dos desafios enfrentados na implementação da TCC em indivíduos com TEA e o subsequente agrupamento de estratégias baseadas em sua eficácia e aplicabilidade são passos fundamentais para o desenvolvimento de intervenções mais efetivas, dentre elas podemos citar: a) Uso de Recursos Visuais e Tecnológicos: Estratégias que envolvem o uso de recursos visuais e tecnológicos têm mostrado eficácia na melhoria da compreensão e na facilitação da comunicação; b) Adaptação Ambiental: Modificações no ambiente terapêutico para acomodar sensibilidades sensoriais podem resultar em maior conforto e engajamento por parte dos indivíduos com TEA; c) Treinamento de Habilidades Sociais: Programas focados no desenvolvimento de habilidades sociais, utilizando modelagem, role-playing e feedback imediato, são estratégias eficazes para melhorar a interação social e d) Envolvimento Familiar: a inclusão da família no processo terapêutico é crucial para garantir a continuidade e a generalização das habilidades aprendidas para outros contextos (Spain et al., 2015; Ung et al., 2015).

DESAFIOS DA ADAPTAÇÃO

Os déficits fundamentais no TEA sem deficiência intelectual (TEA-AF), incluindo problemas na comunicação social e flexibilidade cognitiva, assim como dificuldades em lidar com mudanças e incertezas, têm um impacto significativo na eficácia da TCC. Essas características exigem adaptações substanciais na aplicação em sua aplicação, para que ela seja efetiva para pacientes com TEA-AF, conforme estudos de Spain et al., (2015) e Ung et al., (2015).

Uma orientação importante sobre o atendimento adaptado a esses pacientes é oferecida pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Londres, através da diretriz “Autismo: gestão e apoio de crianças e jovens no espectro do autismo”, de 2013. Esta diretriz enfatiza a necessidade de ajustes na abordagem da TCC, particularmente na sua estruturação e entrega, para tratar a ansiedade em jovens com autismo, conforme discutido por Crowe e Salt (2015). As modificações sugeridas incluem a simplificação de conceitos cognitivos, a integração dos interesses particulares dos pacientes, técnicas de reconhecimento emocional, e o envolvimento de familiares ou cuidadores, destacando-se como essenciais para o tratamento.

Os ajustes na TCC demonstram eficácia para o tratamento da ansiedade em indivíduos com TEA sem deficiências intelectuais associadas, ao incorporar instruções claras, suporte familiar aumentado, recursos visuais, reforços personalizados, e a inclusão de interesses pessoais nas sessões terapêuticas (Lang

et al., 2011; Reaven et al., 2012). Tais estratégias se alinham com a literatura atual e refletem as adaptações comuns encontradas nesta revisão.

Entre as adaptações frequentemente observadas, as estratégias visuais, como indicado por Hume et al., (2014) e presentes em diversos estudos, são amplamente empregadas no tratamento de TEA, variando de fotografias a organizadores de tarefas, e mostram-se eficazes em promover comportamentos sociais positivos e reduzir comportamentos problemáticos. O engajamento dos pacientes através de seus interesses especiais também é uma prática comum, variando de jogos de computador a atividades psicoeducativas, facilitando o envolvimento da criança no processo terapêutico (Johnco e Storch, 2015; Krebs, Murray e Jassi, 2016; Rotheram-Fuller e Hodas, 2015).

DOMÍNIO DOS PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Outro desafio encontrado na implementação da TCC é o domínio dos protocolos e instrumentos utilizados na implementação da abordagem com indivíduos no espectro. Na literatura recente sobre TCC aplicada a autistas, destacam-se três protocolos principais devido à sua frequência de uso: o Behavioral Interventions for Anxiety in Children with Autism (BIACA), o Facing Your Fears: Functioning Autism Spectrum Disorders (FYF), e o Building Confidence CBT Program, com prevalências de 14,8% para os dois primeiros e 11,11% para o último.

O protocolo BIACA, fundamentado no programa Building Confidence de TCC, é dirigido a crianças entre 7 a 11 anos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que apresentam sintomas de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo. Este programa se distingue pelo papel ativo dos cuidadores no processo terapêutico, envolvendo treinamento e participação significativos. A maioria dos estudos que o implementaram adotou versões adaptadas deste protocolo (Selles et al., 2015; Storch et al., 2015)

Já o FYF é um programa de TCC em grupo, com foco na dinâmica familiar, desenvolvido para crianças e adolescentes com TEA sem deficiência intelectual e com quadros de ansiedade. Este modelo incorpora as técnicas essenciais da TCC tradicional, destacando a importância da participação dos pais na terapia (Reaven et al., 2012). Adaptações foram necessárias em todos os estudos que o utilizaram (Drmic, Aljunied, e Reaven, 2017; Hepburn, Blakeley-Smith, 2016).

O protocolo Building Confidence, que serve de base para o BIACA, é um guia de TCC para crianças em idade escolar com sintomas de ansiedade clinicamente relevantes, abrangendo tanto a terapia individual quanto a participação dos pais. Alterações foram feitas em todos os artigos que aplicaram este programa (Drahota, Wood, Sze e Van Dyke, 2011; Wood et al., 2009a; Wood et al., 2009b).

A necessidade de adaptações descritas nas pesquisas que utilizaram esses protocolos ressalta as dificuldades de aplicar métodos convencionais de TCC com indivíduos com TEA-AF, que podem encontrar desafios nas abordagens verbais e abstratas devido a suas peculiaridades linguísticas e sociais (Reaven et al., 2012). Apesar disso, os resultados alcançados com esses programas indicam sua utilidade e eficácia, principalmente na mitigação dos sintomas de ansiedade nesta população. Portanto, antecipa-se que atualizações e estudos futuros continuem a adaptar e propor novos manuais de TCC, especificamente ajustados para o TEA-AF.

Outro desafio enfrentado está relacionado ao domínio das ferramentas empregadas na implementação da TCC com autistas-AF. Nos estudos analisados, os instrumentos mais frequentemente empregados nas avaliações pré-tratamento, pós-tratamento e de acompanhamento a longo prazo, foram o Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Child/Parent Version (ADIS-C/P) e a Social Responsiveness Scale (SRS), respectivamente.

O ADIS-C/P consiste em uma entrevista semi-estruturada, destinada tanto a pais quanto a filhos, projetada para diagnosticar os principais transtornos de ansiedade, de humor e problemas comportamentais em crianças e adolescentes em idade escolar (Wood, Piacentini, Bergman, Mccracken e Barrios, 2002). A SRS, por sua vez, é um instrumento que mensura habilidades e dificuldades na reciprocidade social (Booker e Starling, 2011).

Embora esses sejam os instrumentos mais citados, a revisão identificou o uso de instrumentos diferentes, evidenciando uma significativa discrepância sobre as melhores ferramentas de avaliação para estudos com objetivos similares. Esta variedade destaca o desafio de realizar uma meta-análise, e também a inadequação potencial desses instrumentos, originalmente desenvolvidos para a população neurotípica, para avaliar de maneira precisa a ansiedade em indivíduos com TEA-AF, devido à expressão única e variada de sintomas nesta população. Isso indica a necessidade crítica de desenvolver e validar ferramentas específicas para avaliar ansiedade e depressão em pessoas com TEA-AF. No que tange aos instrumentos para conclusão diagnóstica, a diversidade foi menor, destacando-se o ADOS (68,2%), ADI-R (43,9%) e WISC-IV (19,5%) como os mais utilizados.

O ADOS é uma avaliação semiestruturada e normatizada focada no comportamento social e comunicativo associado ao TEA, cobrindo áreas de comportamento social, comunicação, comportamentos restritos e repetitivos (Lord et al., 1989). O ADI-R é uma entrevista padronizada dirigida a pais ou cuidadores, compreendendo 93 itens que proporcionam um exame diagnóstico detalhado do espectro autista (Lord, Rutter e Le Couteur, 1994). O WISC-IV, por sua vez, é um teste individualizado que visa avaliar a inteligência e as

habilidades de resolução de problemas em crianças e adolescentes de 6 a 16 anos e 11 meses (Wechsler, 2013).

Conforme Backes et al., (2015), os ADOS e ADI-R são considerados o padrão-ouro internacionalmente para o diagnóstico de TEA, o que está alinhado com os achados desta revisão. O uso do WISC-IV e de ferramentas semelhantes para avaliar a inteligência, é comum em indivíduos com TEA para diferentes fins, incluindo a determinação do nível de funcionamento e para diagnósticos diferenciais, especialmente na população de TEA (Oliveras-Rentas et al., 2012).

DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO APLICAÇÃO DA ABORDAGEM NO TRATAMENTO DAS COMORBIDADES

A implementação da TCC para indivíduos com TEA apresenta desafios únicos que requerem atenção e adaptação por parte dos profissionais de saúde. Estes desafios abrangem desde a personalização de técnicas até a superação de barreiras ao engajamento, cada um exigindo uma abordagem detalhada e compreensiva para garantir a eficácia terapêutica. Um dos maiores desafios nesse processo é a aplicação da abordagem no tratamento das comorbidades do TEA.

Estudos indicam uma prevalência significativa de questões emocionais, incluindo ansiedade e depressão, entre jovens com Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente aqueles sem deficiência intelectual associada (TEA-AF), que apresentam um risco elevado para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade de relevância clínica (Reaven et al., 2012).

Recentemente, tem-se observado um aumento nas intervenções de terapia cognitivo-comportamental (TCC) destinadas a mitigar a ansiedade neste grupo, com evidências sugerindo sua eficácia. Reaven e colaboradores (2012) destacam que a TCC é reconhecida como a abordagem preferencial para o tratamento de sintomas de ansiedade na população em geral, sendo também eficaz para jovens com TEA na redução desses sintomas.

Por outro lado, Kerns e colegas (2014) exploram a complexidade desta relação, propondo três hipóteses para a origem dos sintomas de ansiedade no TEA e o medo associado a mudanças de rotina, interações sociais, ou estímulos atípicos: poderiam ser (1) inerentes ao TEA, (2) comorbidades distintas, similares aos transtornos de ansiedade encontrados fora do contexto do TEA, ou (3) uma forma peculiar de ansiedade, modificada pela presença do TEA.

Outras análises sobre essa população sugerem que a ansiedade pode funcionar como um sinal de desejo de evitar certas situações (Lang et al., 2011). Segundo Bellini (2004), Lang et al., (2011), Reaven et al., (2012), e Sze & Wood (2007), as preocupações exageradas e a angústia, em contextos sociais, podem obstruir o desenvolvimento de conexões sociais profundas, o que pode

auxiliar no entendimento do impacto da ansiedade nesses indivíduos, dentre as manifestações que incluem isolamento social, problemas acadêmicos e desafios familiares, além de potencializar outros sintomas do TEA-AF. Além disso, os sintomas de ansiedade podem ser vistos como resultado de um risco real aumentado de adversidades, não apenas de disfunções cognitivas, considerando a alta incidência de assédio e bullying.

Embora a presença de ansiedade em indivíduos autistas seja amplamente reconhecida, existe uma notável falta de consenso sobre o diagnóstico diferencial desse transtorno e a manifestação específica da ansiedade no espectro e, mais especificamente, no TEA-AF.

Atualmente, parece mais apropriado entender a ansiedade, neste contexto, como uma manifestação única, influenciada pela interação com o TEA. Isso se deve, em parte, à dificuldade de distinguir se a ansiedade intensifica certos sintomas ou vice-versa, e ao fato de que as ferramentas usadas para medir a ansiedade, projetadas para a população neurotípica, podem não captar adequadamente as características distintas da ansiedade em pessoas com TEA-AF, levando a possíveis imprecisões nas conclusões (Kerns et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da TCC em indivíduos com TEA apresenta um conjunto de desafios que demanda uma abordagem metódica e personalizada. A adaptação das técnicas de TCC para esse público específico requer entendimento profundo das características do TEA, bem como a aplicação de estratégias que respeitem essas particularidades.

Apesar desses obstáculos, a literatura e a prática clínica têm demonstrado que a TCC adaptada pode trazer benefícios significativos para autistas, contribuindo para a melhoria de habilidades sociais, de comunicação e de enfrentamento de ansiedades e comportamentos disruptivos.

A personalização das intervenções, a incorporação de tecnologia e materiais visuais, o envolvimento ativo dos pais e cuidadores, e a aplicação de intervenções baseadas em evidências são estratégias que, quando bem implementadas, podem aumentar substancialmente a eficácia da TCC nessa população. Essas abordagens facilitam a compreensão e o engajamento durante as sessões terapêuticas, promovendo a generalização de habilidades para outros contextos da vida do indivíduo com TEA, maximizando o impacto positivo da terapia em sua qualidade de vida.

Por conseguinte, é imperativo reconhecer a necessidade de mais pesquisas no campo da psicologia e psiquiatria para explorar e validar estratégias eficazes específicas para o TEA. Estudos futuros devem focar no desenvolvimento e na

avaliação de adaptações da TCC, buscando entender melhor quais componentes são mais efetivos e como podem ser melhor integrados às necessidades individuais de cada pessoa com TEA, de forma ainda mais rigorosa e com mais critério.

Além disso, a pesquisa deve se estender para explorar o papel das novas tecnologias e da inteligência artificial na facilitação das intervenções, bem como estratégias para otimizar o envolvimento parental e comunitário.

Portanto, faz-se um chamado à ação para pesquisadores, clínicos e *stakeholders* no campo do TEA, para que unam esforços no avanço do conhecimento e na prática clínica relacionada à TCC adaptada. A colaboração entre profissionais de diferentes áreas, famílias e indivíduos com TEA é essencial para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, acessíveis e inclusivas, que possam atender às diversas necessidades dessa população.

O comprometimento com a pesquisa contínua e a inovação prática promete avanços terapêuticos e um futuro mais promissor para indivíduos com TEA e suas famílias.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. (5. ed). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BACKES, B., MÔNEGO, B. G., BOSA, C. A., & BANDEIRA, D. R. Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: A systematic review of Brazilian studies. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 63 (2),154-164, 2014.

BELLINI, S. Social skills and anxiety in higher functioning adolescents with autism spectrum disorders. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, 19 (3), 78-86, 2004.

BONELL, C., FLETCHER, A., MORTON, M., LORENC, T., & MOORE, L. Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. **Social science & medicine**, 75 (12),2299-2306, 2012.

BOOKER, KW; STARLING, L. **Revisão do teste: Escala de responsividade social de JN Constantino e CP Gruber**. Los Angeles: Serviços Psicológicos Ocidentais, 2011.

BRITO, A. R. & VASCONCELOS, M. M. Conversando sobre autismo: reconhecimento precoce e possibilidades terapêuticas. In V. L. Caminha, J. Huguenim, L. M. Assis, P. P. Alves (Orgs), **Autismo: Vivências e caminhos** (pp. 23-32). Blusher: São Paulo, 2016.

CONSOLINI, Marília; LOPES, Ederaldo José e LOPES, Renata Ferrarez Fernandes. Terapia Cognitivo-comportamental no Espectro Autista de Alto

Funcionamento: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* [on-line], vol.15, n.1, pp. ISSN 1808-5687, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190007>. Acesso em: 28, mar. 2024.

CROWE, BHA e Salt, AT. **Autismo: A gestão e apoio de crianças e jovens no espectro do autismo.** (NICE Clinical Guideline 170). Londres: Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados, 2015.

DRAHOTA, A., WOOD, JJ, SZE, KM e VAN DYKE, M. Efeitos da terapia cognitivo-comportamental nas habilidades da vida diária em crianças com autismo de alto funcionamento e transtornos de ansiedade concomitantes. **Jornal de autismo e transtornos do desenvolvimento**, 41 (3), 257-265, 2011.

DRMIC, IE, ALJUNIED, M., & REAVEN, J.. Viabilidade, aceitabilidade e resultados preliminares do tratamento em um programa de intervenção de TCC escolar para adolescentes com TEA e ansiedade em Singapura. **Journal of Autism Development Disorder**, 47(12), 3909-3930, 2017.

DUARTE, C. P., SCHWARTZMAN, J. S., MATSUMOTO, M. S., & BRUNONI, D. Diagnóstico e intervenção precoce no transtorno do espectro do autismo: relato de um caso. In V. L. Caminha, J. Huguenim, L. M. Assis, P. P. Alves (Orgs), **Autismo: Vivências e caminhos** (pp. 45-56). Blusher: São Paulo, 2016.

FARRELL, L. J., JAMES, S. C., MADDOX, B. B., GRIFFITHS, D., & WHITE, S. **Treatment of comorbid obsessive-compulsive disorder in youth with ASD: The case of Max.** In: E. A. Storch & A. B. Lewin (Orgs), *Clinical handbook of obsessive-compulsive and related disorders* (pp. 337-355). New York: Springer, 2016.

HEPBURN, SL, BLAKELEY-SMITH, A., WOLFF, B., & REAVEN, JA. Fornecimento de intervenção cognitivo-comportamental por telessaúde para jovens com transtorno do espectro do autismo e ansiedade: um estudo piloto. **Autismo**, 20 (2), 207-218, 2016.

HUME, K., WONG, C., PLAVNICK, J. e SCHULTZ, T. **Uso de suportes visuais com crianças pequenas com transtornos do espectro do autismo.** Em J. Tarbox, D. Dixon, P. Sturmey, & J. Matson (Eds.), *Manual de intervenção precoce para transtornos do espectro do autismo* (pp. 375-402). Nova York: Springer, 2014.

Johnco, C., & Storch, E. A. Anxiety in youth with autism spectrum disorders: implications for treatment. **Expert Review of Neurotherapeutics**, 15(11),1343-1352, 2015.

KERNS, CM, KENDALL, PC, BERRY, L., SOUDERS, MC, FRANKLIN, ME, SCHULTZ, RT e HERRINGTON, J. Apresentações tradicionais e atípicas de ansiedade em jovens com transtorno do espectro do autismo. **Jornal de Autismo e Transtornos do Desenvolvimento**, 44 (11), 2851-2861, 2014.

KREBS, G., MURRAY, K. e JASSI, A. Terapia cognitivo-comportamental

modificada para transtorno obsessivo-compulsivo grave e resistente ao tratamento em um adolescente com transtorno do espectro do autismo. **Jornal de Psicologia Clínica**, 72 (11), 1162-1173, 2016.

LANG, R., MAHONEY, R., EL ZEIN, F., DELAUNE, E., & AMIDON, M. Evidências para a prática: tratamento da ansiedade em indivíduos com transtornos do espectro do autismo. **Doença neuropsiquiátrica e tratamento**, 7-27, 2011.

LEONARDI, J. Métodos de pesquisa para o estabelecimento da eficácia das psicoterapias. **Interação em Psicologia**, 21(03), 1-11, 2017.

LOADES, M. E. Evidence-based practice in the face of complexity and comorbidity: A case study of an adolescent with asperger's syndrome, anxiety, depression, and chronic pain. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, 28 (2), 73-83, 2015.

LORD, C., RUTTER, M., & LE COUTEUR, A. Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 24(5), 659-685, 1999.

MCGILLIVRAY, J. A. & EVERT, H. T. Group cognitive behavioural therapy program shows potential in reducing symptoms of depression and stress among young people with ASD. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 44(8), 2041-2051, 2014.

OLIVERAS-RENTAS, R. E., KENWORTHY, L., ROBERSON, R. B., MARTIN, A., & WALLACE, G. L. WISC-IV Profile in High-Functioning Autism Spectrum Disorders: Impaired Processing Speed is Associated with Increased Autism Communication Symptoms and Decreased Adaptive Communication Abilities. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 42(5), 655-664, 2012.

REAVEN, J., BLAKELEY-SMITH, A., CULHANE-SHELBURNE, K., & HEPBURN, S. Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: A randomized trial. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 53 (4), 410-419, 2012.

ROTHERAM-FULLER, E., & HODAS, R. **Using CBT to assist children with autism spectrum disorders/pervasive developmental disorders in the school setting**. In: R. Flanagan, K. Allen, & E. Levine (Orgs), *Cognitive and Behavioral Interventions in the Schools: Integrating theory and research into practice* (pp. 181-197). New York: Springer, 2015.

SELLES, RR, ARNOLD, EB, PHARES, V., LEWIN, AB, MURPHY, TK e STORCH, EA. Terapia cognitivo-comportamental para ansiedade em jovens com transtorno do espectro do autismo: um estudo de acompanhamento. **Autismo**, 19 (5), 613-621, 2015.

SPAIN, D., SIN, J., CHALDER, T., MURPHY, D., & HAPPÉ, F. **Cognitive**

behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9,151-162, 2015.

STORCH, EA, LEWIN, AB, COLLIER, AB, ARNOLD, E., DE NADAI, AS, DANE, BF e MURPHY, TK. Um ensaio clínico randomizado de terapia cognitivo-comportamental versus tratamento usual para adolescentes com transtornos do espectro do autismo e ansiedade comórbida. **Depressão e Ansiedade**, 32 (3),174-181, 2015.

SZE, KM; WOOD, JJ. Tratamento cognitivo-comportamental de transtornos de ansiedade comórbidos e dificuldades sociais em crianças com autismo de alto funcionamento: relato de caso. **Jornal de Psicoterapia Contemporânea**, 37 (3),133-143, 2007.

UNG, D., SELLES, R., SMALL, B. J., & STORCH, E. A. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for anxiety in youth with high-functioning autism spectrum disorders. **Child Psychiatry & Human Development**, 46 (4), 533-547, 2015.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

WECHSLER, D. **Escala Wechsler de Inteligência para Crianças.** Quarta Edição (WISC IV). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

WOOD, JJ, DRAHOTA, A., SZE, K., HAR, K., CHIU, A., & LANGER, DA. **Terapia cognitivo-comportamental para ansiedade em crianças com transtornos do espectro do autismo: um ensaio randomizado e controlado.** *Jornal de Psicologia Infantil e Psiquiatria*, 50 (3),224-234, 2009a.

WOOD, JJ, DRAHOTA, A., SZE, K., VAN DYKE, M., DECKER, K., FUJII, C., & SPIKER, M. Breve relatório: Efeitos da terapia cognitivo-comportamental nos sintomas de autismo relatados pelos pais em crianças em idade escolar com autismo de alto funcionamento. **Jornal de Autismo e Transtornos do Desenvolvimento**, 39 (11), 1608, 2009b.

WOOD, JJ, PIACENTINI, JC, BERGMAN, RL, MCCRACKEN, J., & BARRIOS, V. Validade concorrente da seção sobre transtornos de ansiedade do cronograma de entrevistas sobre transtornos de ansiedade para o DSM-IV: versões para crianças e pais. **Jornal de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente**, 31 (3),335-342, 2002.

A ATUAÇÃO DA PSICOPEDAGOGIA COM DISCENTES EM CASOS DE TRANSTORNO DO ESPECTRO DE AUTISMO: PRÁTICAS NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INFANTIL

Marlene Valaski Bortoli¹

Eduardo Fofonca²

“A psicopedagogia se ocupa da aprendizagem humana, que adveio de uma demanda – o problema de aprendizagem, colocado em um território pouco explorado, situado além dos limites da Psicologia e da própria Pedagogia – e evolui devido à existência de recursos, ainda que embrionários, para atender a essa demanda, constituindo-se, assim, em uma prática”.
(BOSSA, 2019, p.24)

1. INTRODUÇÃO

A Psicopedagogia, como um campo de estudo interdisciplinar, desempenha um papel importantíssimo na compreensão e intervenção nos processos de aprendizagem e desenvolvimento humano. Segundo Fonseca (2014), a psicopedagogia emerge como uma área que integra conhecimentos da psicologia, pedagogia e outras disciplinas afins, visando promover uma educação mais inclusiva e eficaz, especialmente para aqueles que enfrentam dificuldades ou distúrbios de aprendizagem, como no caso das crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista.

Assim, este artigo tem como objetivo apresentar uma perspectiva ampla sobre a psicopedagogia, explorando suas potencialidades para as intervenções com

- 1 Mestranda em Educação pela Universidade Tuiuti do Paraná. Licenciada em Educação Física pela Universidade Tuiuti do Paraná e Pedagogia pelo Centro Universitário Educacional da Lapa. Possui especialização em Educação Física Escolar pela Universidade Federal do Paraná e em Educação Especial Inclusiva pela Faculdade São Braz. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Conexões: Educação, Cultura Digital e Inovação (UTP/CNPq). E-mail: marlene.vb2020@gmail.com.
- 2 Doutor em Educação, Arte e História da Cultura pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, SP. Pós-Doutor em Educação pelo Programa de pós-graduação em Educação da Universidade do Estado de Santa Catarina. Licenciado em Pedagogia e Letras. Especialista em Educação Especial e Inclusiva pela Universidade Federal do Paraná. Professor no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Tuiuti do Paraná. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas: “Conexões” – Educação, Cultura Digital e Inovação (UTP/CNPq). E-mail: edufonca@gmail.com.

crianças autistas. Por meio deste ensaio, almeja-se propiciar uma compreensão da psicopedagogia, evidenciando sua necessidade no contexto educacional e seu possível potencial para promover uma educação mais inclusiva, equitativa e de qualidade para todas as crianças autistas.

Neste contexto, a intervenção psicopedagógica na Educação Infantil para crianças autistas desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e na adaptação desses indivíduos em contextos educacionais inclusivos. Para tanto, as intervenções são fundamentadas em abordagens teóricas e práticas, que visam promover a aprendizagem, a comunicação, a interação social e o desenvolvimento global da criança autista, quando se fala na primeira etapa da Educação Infantil.

2. O AUTISMO E SUAS CONCEPÇÕES

Segundo Cunha (2022), o autismo origina-se do Grego *autós* que significa “de si mesmo”. Empregado pela primeira vez pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, em 1911, quando o mesmo buscava descrever a fuga da realidade e o retraimento interior dos pacientes acometidos de esquizofrenia. O autor ressalta ainda que, as primeiras publicações relacionadas ao autismo aconteceram em 1943, pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner, o qual constatou uma nova síndrome, que à priori foi denominada de “distúrbio do contato afetivo”, devido a observação de um conjunto de comportamentos agrupados em uma tríade principal: comprometimentos na comunicação, dificuldades na interação social e atividades repetitivas.

Inicialmente, o TEA, foi classificado como CID 10, que de forma generalizada colocava o transtorno em um imenso guarda-chuva juntamente com outros transtornos e doenças. Com o intuito de melhor classificar o transtorno, o DSM-5³, traz o TEA classificado como CID 11, que de forma mais específica e, menos abrangente, une todos os subtipos no Transtorno do Espectro Autista, observando as alterações em conformidade com os prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual.

Segundo Liberalesso (2020 p.23) “o TEA é, muitas vezes, uma condição incapacitante, caracterizada por prejuízo clinicamente significativo nos domínios da comunicação e do comportamento, apresentando aproximação social anormal, pouco interesse por pares e prejuízos na conversação”. Já Cunha (2022) explica que tais características podem surgir nos primeiros meses de vida, porém se tornam mais aparentes em torno dos três anos de idade, a qual é possível perceber a inadequação no uso dos sinais sociais, emocionais e

3 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), da American Psychiatric Association. (2014).

de comunicação, assim como na reciprocidade afetiva. Isso se manifesta através de uma comunicação não verbal limitada, onde as expressões gestuais são praticamente ausentes. O autor dá ênfase ao trabalho pedagógico, com o auxílio da Psicopedagogia, contribuindo com professores e também os pais.

Desta forma, a inclusão de crianças autistas na Educação Infantil deve ser realizada de modo criterioso e bem orientado, de preferência por profissionais da Psicopedagogia. Nesse sentido, a realização do trabalho psicopedagógico deverá ser concebido de forma especializada, considerando sensivelmente as possibilidades e diferenças individuais de cada criança. Além disso, deverá observar a singularidade de cada criança para que o fazer pedagógico seja subsidiado por informações e formações docentes coerentes – o que acaba por repercutir em práticas inclusivas reflexivas por meio de estudos atuais e pertinentes à realidade educativa.

3. INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL COM CRIANÇAS AUTISTAS

A aplicação da Psicopedagogia na Educação Infantil desempenha um papel fundamental na promoção do desenvolvimento das crianças com autismo, especialmente na detecção de possíveis dificuldades de aprendizagem e na intervenção precoce, visando garantir uma educação mais inclusiva e eficiente. De acordo com Fonseca (2014), esse campo interdisciplinar tem como objetivo principal compreender os processos de aprendizagem e desenvolvimento humano, além de intervir de forma adequada e contextualizada.

Desta forma, os profissionais psicopedagogos realizam observações sistemáticas das crianças em diversos contextos educacionais, com o intuito de identificar indicadores precoces de dificuldades ou transtornos de aprendizagem. Essa prática engloba a utilização de testes psicométricos, entrevistas com pais e professores, bem como análises do desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (Coll;Palacios, 2018).

Na Educação Infantil, a observação e avaliação das crianças desempenham uma função essencial no acompanhamento de seu progresso e na detecção de potenciais desafios educacionais. Assim, os profissionais psicopedagogos estão engajados nesse processo, conduzindo observações sistemáticas em diversos ambientes educativos. Por meio da observação das crianças em suas rotinas escolares ou outras circunstâncias de aprendizagem, os psicopedagogos procuram identificar sinais iniciais de dificuldades ou transtornos de aprendizagem.

Que na orientação individual, que segundo Jeffrey (2003), deve ser um processo contínuo de interações planejadas entre o psicopedagogo, o professor e a criança. Pois desta forma, a intervenção individualizada proporciona aos

profissionais em psicopedagogia a capacidade de ajustar suas abordagens de acordo com as necessidades específicas de cada criança, facilitando, assim, um ambiente de aprendizado inclusivo e centrado no aluno desde o início de sua trajetória educacional.

Neste contexto, a Psicopedagogia na Educação Infantil busca criar oportunidades para que as crianças desenvolvam de forma profunda suas próprias emoções, aprendam a interagir de forma positiva com os outros e cultivem habilidades de comunicação eficazes, tudo isso contribuindo para seu crescimento saudável e equilibrado ao longo de sua jornada educacional. A integração da Psicopedagogia na Educação Infantil possibilita, portanto, a criação de um ambiente educacional mais inclusivo e acolhedor, no qual todas as crianças têm a oportunidade de desenvolver seu potencial pleno e alcançar o sucesso acadêmico e pessoal.

3.1 Possibilidades e abordagens psicopedagógicas

De acordo com Ferreira “a psicopedagogia é a abordagem que investiga e compreende o processo de aprendizagem e a relação que o sujeito aprendiz estabelece com a mesma, considerando a interação dos aspectos sociais, culturais e familiares” (2008, P. 141). Assim, o psicopedagogo articula contribuições de áreas como a psicologia, pedagogia e medicina, entre outras, oportunizando ao indivíduo a construção do seu conhecimento e a retomada do seu processo de aprendizagem. Ademais busca promover o desejo de aprender e não somente se preocupa com o rendimento no contexto escolar, possibilitando o nascimento de novas necessidades, de modo a provocar o desejo de aprender e não somente uma melhoria no rendimento escolar (FERREIRA, 2008).

Há diversas abordagens psicopedagógicas que têm sido utilizadas na Educação Infantil para crianças autistas, cada uma com seus princípios e técnicas específicas. A seguir serão apresentadas três intervenções psicopedagógicas para serem utilizadas na Educação Infantil com crianças autistas, que envolvem uma variedade de estratégias e atividades adaptadas às necessidades individuais de cada criança.

Com base em Mello (2007), uma delas é o Tratamento e Educação de Autistas e Crianças com Deficits relacionados à comunicação social (TEACCH) o qual enfatiza a adoção de estratégias visuais e organizacionais para promover a independência e a compreensão da criança autista. Utilizam-se rotinas estruturadas, sistemas de organização e apoios visuais para facilitar a aprendizagem e a comunicação e a adaptação desses indivíduos em diferentes contextos.

Tabela 1: Principais características do Método Teacch

Estruturação do Ambiente	O ambiente é estruturado de forma clara e previsível, utilizando sinais visuais, como cartazes, agendas e calendários, para fornecer informações sobre as atividades diárias e as rotinas.
Tarefas estruturadas	As atividades são divididas em etapas simples e organizadas em sequências lógicas. Os materiais são apresentados de maneira visualmente clara e ordenada, facilitando a compreensão e a execução das tarefas.
Sistema de trabalho individualizado	Cada criança recebe um plano de trabalho individualizado, adaptado às suas necessidades e habilidades específicas. Este plano inclui objetivos de aprendizagem claros e metas alcançáveis.
Ênfase nas habilidades funcionais	O método TEACCH foca no desenvolvimento de habilidades práticas e funcionais que são relevantes para a vida diária da criança, como habilidades de comunicação, autonomia pessoal e interação social.
Promoção da autonomia	O método visa promover a independência e a autoconfiança da criança, capacitando-a a realizar tarefas de forma independente e a tomar decisões adequadas ao seu contexto.

Fonte: Mello (2007) adaptado pelos autores

O foco na estruturação do ambiente, no uso de estratégias visuais e na individualização do processo de aprendizagem são elementos-chave dessa abordagem, que tem se mostrado eficaz na promoção do desenvolvimento e da inclusão desses indivíduos na utilização este método.

Mello (2007) nos apresenta também o Método de Análise do comportamento aplicada (ABA), que é baseado nos princípios da análise do comportamento, que utiliza técnicas de reforço positivo para ensinar habilidades sociais, comunicativas e educativas às crianças autistas. Essa abordagem envolve a divisão das habilidades em pequenos passos e a repetição sistemática das atividades. Esta abordagem é estruturada e focada em objetivos específicos, utilizando técnicas de reforço positivo para promover mudanças comportamentais positivas e duradouras.

Tabela 2: Principais características do Método ABA

Divisão em pequenos passos	As habilidades são divididas em pequenos passos ou etapas menores, tornando o aprendizado mais acessível e alcançável para a criança. Cada passo é ensinado de forma gradual e progressiva.
Reforço positivo	É amplamente utilizado para incentivar comportamentos desejados. Isso pode incluir elogios verbais, recompensas tangíveis, como adesivos ou tokens, ou atividades de interesse da criança como reforço.
Intervenções positivas e sistemáticas	As intervenções ABA são frequentes, intensivas e sistemáticas, geralmente realizadas em sessões individuais ou em pequenos grupos. A consistência e a repetição são fundamentais para o sucesso da intervenção.
Coleta de dados e análise	Durante as sessões de intervenção, os terapeutas coletam dados detalhados sobre o comportamento da criança, permitindo uma análise objetiva do progresso e a tomada de decisões baseadas em evidências.
Generalização de habilidades	As habilidades aprendidas durante as intervenções ABA são generalizadas para diferentes contextos e situações da vida real, para garantir que a criança possa aplicar o que aprendeu em diferentes ambientes.

Fonte: Mello (2007) adaptado pelos autores

O método ABA pode ser aplicado na intervenção com crianças autistas, ajudando-as a desenvolver habilidades importantes para uma vida independente e produtiva. O foco na divisão em pequenos passos, no reforço positivo e na generalização das habilidades aprendidas são elementos-chave dessa abordagem, que tem se mostrado eficaz na promoção do desenvolvimento e da inclusão desses indivíduos.

E, por fim, Mello (2007), apresenta o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS), que é uma abordagem que se concentra no desenvolvimento da comunicação funcional em crianças autistas. Utiliza-se um sistema de troca de figuras ou símbolos para facilitar a comunicação entre a criança e seu ambiente. É um método de comunicação desenvolvido para ajudar crianças com autismo e outras dificuldades de comunicação a expressarem suas necessidades, desejos e pensamentos usando imagens.

Tabela 3: Principais características da abordagem PECS

Baseado em imagens	O PECS utiliza figuras ou símbolos visuais para representar objetos, ações, emoções e conceitos. Cada imagem é associada a uma palavra ou frase que representa o que a criança deseja comunicar.
Troca de figuras	A criança aprende a trocar uma figura ou símbolo por um objeto, atividade ou pedido específico. Por exemplo, se a criança quer uma maçã, ela seleciona a figura da maçã e entrega ao adulto como forma de comunicar sua vontade.
Sistema gradual de ensino	O PECS é ensinado de forma gradual, começando com a troca de uma única figura por um item desejado. Conforme a criança adquire habilidades, o sistema é expandido para incluir frases mais complexas e a comunicação em diferentes contextos.
Reforço positivo	O uso do PECS é incentivado por meio de reforço positivo, como elogios, aplausos ou acesso aos itens desejados. Isso ajuda a motivar a criança a usar o sistema de comunicação de forma eficaz.
Flexibilidade e adaptabilidade	O PECS pode ser adaptado às necessidades individuais de cada criança, permitindo a personalização das imagens e a incorporação de novos símbolos à medida que a criança desenvolve suas habilidades de comunicação.

Fonte: Mello (2007) Adaptado pelos autores

O PECS pode ser uma ferramenta eficaz na intervenção com crianças autistas, promovendo o desenvolvimento da comunicação e facilitando sua interação com o ambiente e com outras pessoas. Desta forma, o foco na comunicação baseada em imagens e na troca de figuras oferece uma maneira acessível e adaptável para essas crianças se expressarem e se engajarem com o mundo ao seu redor.

Pode-se considerar que as abordagens TEACCH, ABA e PECS desempenham papéis fundamentais na educação e desenvolvimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista, pois em sintonia, essas abordagens oferecem um conjunto abrangente de ferramentas e estratégias que, quando aplicadas

de maneira integrada e personalizada, podem melhorar significativamente a qualidade de vida e o aprendizado das crianças com TEA, promovendo uma inclusão mais efetiva na sociedade e na educação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicopedagogia, enquanto campo interdisciplinar, encontra-se fundamentada em um conjunto diversificado de teorias oriundas da Psicologia, Pedagogia e Neurociência, as quais têm sido instrumentalizadas para compreender os processos de aprendizagem e desenvolvimento humano. Adicionalmente, à Neuropsicologia tem enriquecido esse campo, ao fornecer percepções sobre os pilares neurais que sustentam a aprendizagem, consolidando assim uma base teórica sólida para a prática psicopedagógica na Educação Infantil, neste contexto, a aplicação dos princípios fundamentais da psicopedagogia adquire relevância particular. Sendo a intervenção precoce crucial na detecção de possíveis dificuldades de aprendizagem, visando prevenir ou minimizar impactos negativos no desenvolvimento educacional e emocional das crianças autistas.

Portanto, a psicopedagogia na Educação Infantil desempenha um papel crucial na promoção do desenvolvimento e aprendizagem das crianças, oferecendo um suporte multidimensional que aborda tanto as dimensões cognitivas quanto socioemocionais. E com o uso combinado do método TEACCH, da ABA e do PECS na Educação Infantil com crianças autistas oferece possibilidades abrangentes e integradas, que abordam as diferentes áreas de necessidade desses indivíduos. Ao proporcionar estrutura, apoio individualizado e ferramentas de comunicação acessíveis, essas intervenções contribuem para o desenvolvimento e a inclusão das crianças autistas.

Ao integrar teorias sólidas, princípios fundamentais e práticas de intervenção eficazes, a Psicopedagogia na Educação Infantil pode contribuir, significativamente, para a construção de contextos educacionais inclusivos e centrados na aprendizagem dos discentes, considerando sua particularidade e por consequência, teremos uma educação infantil cada vez mais inclusiva que compreende seus sujeitos e suas subjetividades.

REFERÊNCIAS

BOSSA, N. A. **A Psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2019.

COLL, C.; PALACIOS, J. **Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia da educação escolar.** Vol. 1. Artmed Editora, 2018.

CUNHA, E. **Autismo e inclusão**: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família. 9. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2022.

DSM-5: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2024.

FERREIRA, Lúcia Gracia. **Duas visões psicopedagógicas sobre o fracasso escolar**. São Paulo: ABPp, 2008. Disponível em: [file:///C:/Users/HP/Downloads/1650-Arquivo%20do%20trabalho-7096-1-10-20201125%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/1650-Arquivo%20do%20trabalho-7096-1-10-20201125%20(1).pdf). Acesso em: 12 abr. 2024.

FONSECA, V. **Dificuldades de aprendizagem**: abordagem neuropsicopedagógica. 5ª ed. - Lisboa: Âncora, 2014.

JEFFREY, A. M. **Depressão infantil**. São Paulo: M. Book do Brasil, 2003.

LIBERALESSO, P. **Autismo**: compreensão e práticas baseadas em evidências. 1. ed. Curitiba: Marcos Valentin de Souza, 2020. Disponível em: <https://mid.curitiba.pr.gov.br/2021/00312283.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MELLO, A. M. S. R. **Autismo: guia prático**. Colaboração: Marialice de Castro Vatauvuk. 6.ed. São Paulo: AMA - Brasília: CORDE, 2007.

A IMPORTÂNCIA DA PSICOMOTRICIDADE NO DESENVOLVIMENTO HUMANO E PROMOÇÃO DA INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Kátia Geane Souza Silva¹

INTRODUÇÃO

A Psicomotricidade é um campo interdisciplinar que estuda as relações entre a atividade psíquica e a atividade motora, funções indissociáveis do ponto de vista neurofuncional no desenvolvimento infantil e no contexto da aprendizagem.

Ao incentivar habilidades como coordenação motora, equilíbrio e lateralidade durante o processo de aprendizado, as atividades lúdicas contribuem para o desenvolvimento das crianças, promovendo, simultaneamente, socialização, bem-estar físico e emocional, dentre outros importantes aspectos, diretamente ligados à maturação neurológica infantil.

Por conseguinte, o presente capítulo desenvolve uma revisão conceitual e analisa a importância da Psicomotricidade na Educação Infantil, destacando práticas que podem ser implementadas para criar ambientes mais acolhedores e inclusivos.

Para o desenvolvimento do estudo foi realizada uma revisão de literatura, elegendando pesquisas que abordam o tema da Psicomotricidade, atividades lúdicas, educação inclusiva e desenvolvimento infantil, por meio de bases acadêmicas como PubMed, Google Scholar e Scopus, empregando termos de pesquisa como “Psicomotricidade”, “atividades lúdicas”, “desenvolvimento infantil” e “inclusão educacional”.

DESENVOLVIMENTO

Conforme Fonseca (2008), a Psicomotricidade é o campo transdisciplinar que estuda as relações entre a atividade psíquica e a atividade motora. O conjunto das atividades psíquicas integra as sensações, emoções, afetos, os medos, as representações, as simbolizações e as ideias. Já, a atividade motora integra a

1 Pós-Graduada em Psicomotricidade, Orientação Educacional; Pedagogia Empresarial; Psicopedagogia Clínica e Institucional. Neuropsicopedagogia Clínica e em Gestão Escolar. Pedagoga. E-mail: katiageane2@yahoo.com.br.

comunicação entre os cinco subsistemas motores neurológicos principais: piramidal, extrapiramidal, cerebelar, reticular e medular.

Os estudos da área da Psicomotricidade surgiram a partir do século XIX, momento em que neurologistas estudavam o corpo, com objetivo de entender as estruturas cerebrais e os psiquiatras, para reconhecer as patologias mentais, se estabelecendo como prática independente no século XX.

Historicamente o termo “Psicomotricidade” aparece a partir do discurso médico, mais precisamente neurológico, quando foi necessário nomear as zonas do córtex cerebral situada mais além das regiões motoras. Assim, a palavra “psico” denota o conceito afetivo, social e cognitivo, já a palavra “motricidade” remete à atividade dinâmica, ao movimento do corpo e à base neurofisiológica (Lussac, 2008, p. 3).

Para Fonseca e Mendes (1988), “a Psicomotricidade é utilizada para detectar dificuldades de aprendizagem pela análise do desempenho da criança, a história de experiências lúdico-motora e perfil de adaptabilidade em cada etapa do desenvolvimento”. Posteriormente, Fonseca (2008) também afirma que, “a Psicomotricidade é terapia que, considera a pessoa na sua totalidade, melhorando as qualidades de atenção, representação e relacionamento, visando, pelo movimento, uma organização mental cada vez melhor”.

A Sociedade Brasileira de Psicomotricidade define Psicomotricidade como,

A ciência que tem como objetivo de estudo o homem por meio do seu corpo em movimento em relação ao seu mundo interno e externo, bem como suas possibilidades de perceber, atuar, agir com o outro, com os objetos e consigo mesmo. É sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto. (SPB, 2019).

Nesse sentido, a Psicomotricidade aborda o desenvolvimento motor, emocional, cognitivo e social, reconhecendo a interdependência entre todos esses aspectos.

Os profissionais de Psicomotricidade trabalham para promover o desenvolvimento integral das pessoas, especialmente crianças, por meio de atividades que envolvem o corpo e a mente, como jogos, brincadeiras, exercícios físicos e técnicas terapêuticas. Essas atividades visam estimular coordenação motora, percepção corporal, expressão emocional, a socialização, entre outros aspectos importantes para o desenvolvimento humano.

A Psicomotricidade é amplamente aplicada em contextos educacionais, terapêuticos e clínicos, buscando o bem-estar e a autonomia das pessoas. Henri Wallon (1995), psicólogo e pedagogo francês, destacou a importância da motricidade na construção do conhecimento e no desenvolvimento cognitivo

das crianças. Em seu entendimento, existe relação direta entre motricidade e inteligência, permitindo relacionar o movimento ao afeto, à emoção, ao ambiente e aos hábitos da criança.

Logo, segundo o autor, a inteligência não é apenas uma capacidade intelectual, mas um processo que envolve interações entre aspectos cognitivos, emocionais e motores.

Com relação às crianças neurodivergentes, a abordagem de Wallon enfatiza a importância de considerar suas necessidades individuais e de proporcionar experiências que promovam o desenvolvimento integral, incluindo a motricidade. Ele argumentava que as dificuldades motoras podem impactar diretamente o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças, e que intervenções adequadas são essenciais para apoiar seu progresso.

Na perspectiva de Wallon (1995), deve-se proporcionar ambiente educacional inclusivo que valorize a diversidade de habilidades e necessidades das crianças, com oportunidades para que elas desenvolvam suas habilidades motoras, cognitivas e sociais de maneira integrada.

Para Manhães (2004), a fase ideal para trabalhar todos os aspectos do desenvolvimento motor, intelectual e socioemocional é do nascimento aos oito anos de idade, período propício para trabalhar dificuldades de aprendizagens, sendo importante observar todo o contexto em que a criança vive.

No mesmo sentido, Fonseca (1995) também esclarece, que, “se as dificuldades não forem exploradas e trabalhadas a tempo, poderão surgir outros *déficits* na escrita, na leitura, no cálculo matemático, na socialização”, dentre outras.

Nesse contexto, Fonseca (1988) define sete fatores psicomotores, que são os conceitos fundamentais básicos da Psicomotricidade: *Tonicidade, Equilíbrio, Lateralidade, Esquema e Imagem Corporal, Organização ou Estruturação Espacial e Temporal, Recepção*, sobre as quais ora detalhamos, conforme Vitor da Fonseca e Nelson Mendes, “Escola, escola, quem és tu? Perspectivas Psicomotoras do Desenvolvimento Humano” (1988):

Tonicidade

A tonicidade ocorre através de aquisições neuromusculares, conforto tátil e integração de padrões motores antigravídicos, muito presente do nascimento aos 12 meses de idade. Classifica-se em tónus de postura, de repouso e de sustentação. (Fonseca, 1988).

Em termos gerais, a tonicidade refere-se ao tónus muscular, ou seja, a capacidade dos músculos de contrair e relaxar de forma apropriada. Algumas crianças neurodivergentes podem apresentar desafios relacionados à tonicidade, como hipotonia (tono muscular reduzido) ou hipertonia (tono muscular aumentado).

A questão da tonicidade em crianças neurodivergentes pode variar, dependendo do tipo específico de neurodiversidade que a criança apresenta (Transtorno do Espectro Autista; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Síndrome de Down; Deficiência Física, Intelectual, etc).

Para lidar com esses desafios, é importante adaptar as atividades físicas e terapêuticas para atender às necessidades individuais da criança. Isso pode envolver o uso de técnicas de fisioterapia, terapia ocupacional, ou outras intervenções específicas, para promover o desenvolvimento muscular e motor. Além disso, estratégias de engajamento sensorial e comunicação podem ser úteis para ajudar a criança a se sentir mais confortável e participar ativamente das atividades.

Equilíbrio

O equilíbrio se manifesta na aquisição da postura bípede, segurança gravitacional e desenvolvimento de padrões locomotores, entre 12 meses a 2 anos de idade. (Fonseca, 1988).

Equilíbrio é habilidade fundamental na Psicomotricidade, pois está intimamente ligado à coordenação motora e ao controle postural. Envolve a capacidade de manter o corpo em uma posição estável e controlada, tanto em repouso quanto em movimento.

No contexto da Psicomotricidade, o desenvolvimento do equilíbrio é essencial para a realização de diversas atividades motoras, como andar, correr, pular, entre outras. Além disso, o equilíbrio também influencia aspectos emocionais e cognitivos, contribuindo para a autoconfiança, a segurança emocional e a capacidade de concentração.

Para promover o desenvolvimento do equilíbrio, são realizadas atividades que estimulam a propriocepção (percepção do corpo no espaço), a coordenação dos músculos e a integração sensorial. Essas atividades podem incluir jogos de equilíbrio, exercícios de propriocepção, brincadeiras que envolvam desafios posturais, entre outros recursos.

Para crianças neurodivergentes, o desenvolvimento do equilíbrio pode ser uma área que requer atenção especializada, devido às possíveis diferenças sensoriais, motoras e cognitivas. Nesse sentido, abordagens psicomotoras adaptadas podem ser necessárias para ajudar essas crianças a desenvolverem suas habilidades de equilíbrio de maneira eficaz e inclusiva.

Crianças neurodivergentes podem apresentar desafios específicos relacionados ao equilíbrio, como dificuldades na regulação sensorial, coordenação motora e integração sensorial. Nesses casos, é importante oferecer atividades que sejam adequadas às necessidades individuais da criança e que permitam um progresso gradual e seguro, com uso de estratégias sensoriais,

como estimulação tátil e vestibular, para ajudar a criança a desenvolver uma melhor consciência corporal e controle postural. Além disso, atividades lúdicas e recreativas podem ser utilizadas para tornar o processo de aprendizado mais divertido e engajante.

Profissionais de Psicomotricidade e terapeutas ocupacionais são importantes aliados no desenvolvimento do equilíbrio em crianças neurodivergentes, pois possuem o conhecimento e as habilidades necessárias para adaptar as atividades de acordo com as necessidades específicas de cada criança e promover um desenvolvimento global saudável.

O equilíbrio é habilidade que se desenvolve ao longo do tempo e é influenciada por fatores genéticos, ambientais e de experiência. Portanto, é importante oferecer ambiente seguro e estimulante, para que as crianças possam praticar e aprimorar suas habilidades de equilíbrio, contribuindo para seu desenvolvimento global.

O equilíbrio fala do controle na postura bípede e se desenvolve por volta dos 12 meses aos dois anos de idade. Esse fator psicomotor é responsável pelos ajustes posturais antigravitários, estabelecendo autocontrole nas posturas estáticas e no desenvolvimento de padrões locomotores.

Lateralidade

A lateralidade se dá através da integração sensorial, investimento emocional, desenvolvimento das percepções difusas e dos sistemas aferentes e eferentes, dos 2 aos 3 anos de idade. (Fonseca, 1988),

A lateralidade, que se refere à preferência por um dos lados do corpo (direito ou esquerdo) em atividades motoras e perceptivas, pode ser um aspecto desafiador para algumas crianças neurodivergentes. Algumas crianças com neurodiversidade, como Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), podem apresentar diferenças na lateralização em comparação com crianças neurotípicas.

Segundo Voos (2008), o autor afirma que a escolha predominante por um dos lados do corpo ocorre em função do hemisfério cerebral, ou seja, pessoas que predominam o lado direito são normalmente destros e, ao contrário, canhotas.

Fonseca também afirma que a lateralidade manual surge no fim do primeiro ano, mas só se estabelece aos cinco a seis anos, e o reconhecimento da mão direita e esquerda no outro ocorre após os seis anos e meio.

Essas diferenças podem se manifestar de diversas formas, como dificuldades em estabelecer uma preferência clara por um dos lados do corpo, ambidestria (uso igualmente habilidoso de ambos os lados do corpo) ou até mesmo inversões de lateralidade.

Lent (2005), afirma que uma pessoa com má-formação da lateralidade pode apresentar problemas no reconhecimento direita e esquerda, dificuldade na direção gráfica (exemplo: leitura iniciando pela esquerda), espelhamento, desorganização das funções de linguagem, disgrafia, lentidão nos movimentos, dificuldade de linguagem, dentre outras. Em questões comportamentais, o autor destaca problemas de indecisão, insegurança e baixa autoestima.

Fonseca (1988) também define que a lateralidade fala da capacidade motora de perceber os lados do corpo, ou seja, direita e esquerda. A lateralização é um fator genético, porém o treino e os fatores sociais são de grande influência sobre o sujeito.

Para lidar com questões de lateralidade em crianças neurodivergentes, é importante adotar uma abordagem individualizada e sensível às necessidades específicas de cada criança. Isso pode incluir: Observação e avaliação cuidadosa das habilidades motoras e perceptivas da criança para identificar padrões de lateralidade. Intervenções adaptadas que visem promover o desenvolvimento da lateralidade de maneira gradual e progressiva. Uso de atividades sensoriomotoras, jogos e brincadeiras que estimulem a consciência corporal e o controle motor. Colaboração com profissionais especializados, como terapeutas ocupacionais e psicomotricistas, para desenvolver estratégias personalizadas de intervenção.

Ao oferecer um ambiente de apoio e intervenções adequadas, é possível ajudar as crianças neurodivergentes a desenvolverem uma lateralidade saudável e funcional, contribuindo para seu bem-estar e seu sucesso no desenvolvimento motor e cognitivo.

Esquema e Imagem Corporal

Esquema e Imagem Corporal se desenvolvem através da noção do Eu, da conscientização corporal, percepção corporal, condutas de imitação, o que é esperado por volta dos 3 e 4 anos de idade. (Fonseca, 1988).

O esquema corporal refere-se à representação mental que uma pessoa tem do seu próprio corpo, ou seja, é a noção do “EU” é a impressão de que a pessoa tem de si mesma, incluindo suas partes, suas capacidades de movimento e suas relações espaciais. É uma parte fundamental do desenvolvimento humano e influencia a forma como interagimos com o mundo ao nosso redor.

Fonseca (1995) define como o conhecimento intelectual das partes do corpo e suas funções e que essa noção de corpo surge em torno dos três aos quatro anos de idade. Para crianças neurodivergentes, como aquelas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ou outras condições, o desenvolvimento do esquema corporal pode apresentar desafios específicos.

Algumas crianças podem ter dificuldades em integrar informações sensoriais e perceber seu corpo de forma precisa, o que pode afetar suas habilidades motoras, sociais e emocionais. Para promover o desenvolvimento do esquema corporal em crianças neurodivergentes, podem ser utilizadas estratégias adaptadas, como: Atividades sensoriomotoras que estimulem a consciência corporal e a percepção tátil, visual e proprioceptiva. Jogos e brincadeiras que envolvam movimentos corporais e explore diferentes partes do corpo. Exercícios de relaxamento e mindfulness para ajudar a criança a se conectar com seu corpo e regular suas sensações físicas e emocionais. Intervenções terapêuticas, como terapia ocupacional ou Psicomotricidade, que visem fortalecer o esquema corporal e melhorar a integração sensorial.

Ao oferecer um ambiente de apoio e intervenções adequadas, é possível ajudar as crianças neurodivergentes a desenvolverem uma compreensão mais precisa e funcional do seu próprio corpo, contribuindo para seu desenvolvimento global e bem-estar.

Segundo Rosa Neto (2002), crianças com problemas no esquema corporal normalmente apresentam lentidão que dificulta a realização de gestos de forma harmoniosa, como colocar a roupa, andar de bicicleta, jogar bola; apresentam problemas na aquisição de conceitos, como “em cima”, “embaixo”, esquerda, direita; podem apresentar dificuldade na expressão e nomeação de partes do corpo; e, também, apresentam desenho da figura humana pobre em detalhes.

Organização Espacial e Temporal

A Estruturação Espaço - Temporal se manifesta por meio do desenvolvimento da atenção seletiva, do processamento de informações, coordenação espaço-corpo, proficiência da linguagem, o que é esperado entre 4 e 5 anos de idade. (Fonseca, 1988).

Organização espacial refere-se à forma como os objetos, estruturas ou elementos são arranjados no espaço físico, seja em ambientes naturais ou construídos pelo ser humano. Isso pode incluir desde a disposição de móveis em uma sala até o planejamento urbano de uma cidade inteira.

Na Psicomotricidade, a organização espacial com crianças neurodivergentes é vista como uma ferramenta fundamental para promover seu desenvolvimento global. Isso envolve criar ambientes que estimulem suas habilidades motoras, sensoriais e cognitivas, oferecendo diferentes áreas de atividade que permitam a exploração e o aprendizado de maneira segura e inclusiva.

Além disso, a organização espacial na Psicomotricidade também visa facilitar a regulação sensorial e emocional das crianças, fornecendo espaços acolhedores e estruturados que as ajudem a se sentir confortáveis e seguras. Isso pode incluir a utilização de materiais sensoriais variados, áreas de descanso

e cantos de calma, bem como a adaptação do ambiente para atender às necessidades individuais de cada criança neurodivergente.

Quando se trata de organizar espaços para crianças neurodivergentes, é importante considerar suas necessidades específicas. Isso pode incluir criar ambientes sensoriais calmantes, áreas de escape para momentos de sobrecarga sensorial, garantir a acessibilidade física e visual, e fornecer estrutura e previsibilidade por meio de sinais visuais e rotinas claras. Também é essencial permitir flexibilidade e personalização para atender às diferentes necessidades individuais.

A organização temporal na Educação Infantil é fundamental para proporcionar uma estrutura consistente e previsível que promova o desenvolvimento global das crianças. Aqui estão algumas maneiras de integrar a organização temporal na prática psicomotora:

Rotinas diárias: *Estabelecer rotinas claras e consistentes ajuda as crianças a entender e antecipar o que acontecerá a seguir, proporcionando-lhes segurança e estabilidade emocional. Isso pode incluir rotinas para o início e o fim do dia, transições entre atividades e momentos de refeição e descanso (Fonseca, 1988).*

Sequências temporais: *Utilizar atividades psicomotoras que enfatizem a sequência temporal, como seguir instruções sequenciais para completar uma série de movimentos ou jogos que envolvam ordem cronológica, ajuda as crianças a desenvolverem a compreensão do tempo e a habilidade de seguir instruções (Fonseca, 1988)*

Jogos de tempo: *Introduzir jogos que envolvam noções de tempo, como “corrida contra o relógio” ou atividades que explorem conceitos de antes, durante e depois, ajuda as crianças a desenvolverem uma compreensão mais profunda do tempo e do espaço (Fonseca, 1988).*

Planejamento de atividades: *Ao planejar atividades psicomotoras, é importante considerar o tempo necessário para cada uma, garantindo que haja tempo suficiente para a exploração e a prática, bem como para as transições suaves entre as atividades (Fonseca, 1988).*

Estímulo à autonomia: *Incentivar as crianças a participarem ativamente na organização de seu próprio tempo, como escolher atividades ou definir metas de tempo para completar uma tarefa, promove o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade (Fonseca, 1988)*

Ao integrar a organização temporal na prática psicomotora, os educadores podem proporcionar um ambiente estruturado e enriquecedor que apoie o desenvolvimento físico, cognitivo e socioemocional das crianças na Educação Infantil.

Para Farias (2004), o ritmo é um exercício importante que trabalha concentração e atenção. É uma habilidade relacionada ao tempo, pois consiste na sucessão de elementos sonoros no tempo obedecendo a uma determinada duração. Uma má estruturação temporal pode ocasionar movimentos quebrados, como

ações desorganizadas, dificuldade em cálculos matemáticos, leitura interrompida dificuldade em relatar fatos (ordem e sucessão dos acontecimentos), dificuldade de seguir ritmo regular, dificuldade em estabelecer “antes” e “depois”, dentre outras. No comportamento causa desorganização e atrasos.

Percepção

Integra praxia global que ocorre através da coordenação óculo-manual e óculo-pedal, planificação motora, integração rítmica, o que é esperado entre 5 e 6 anos e, a praxia fina que se dá através da concentração, organização, especialização hemisférica, presentes dos 6 aos 7 anos. (Fonseca, 1988).

As percepções surgem a partir das nossas diferentes sensações. As sensações podem ser divididas em três grupos fundamentais e estão descritos no livro de Beatriz Saboya (1995), “Bases Psicomotoras”, conforme abaixo dispostas:

As introceptivas: que nos dão os sinais do meio interno do organismo e asseguram a regulação das necessidades elementares (mantém estreita ligação com os estados emocionais, são elas que expressam: fome, bem-estar, mal-estar, estados de tensão, satisfação) (Saboya, 1995).

As proprioceptivas: que nos dão informações sobre a posição do corpo, no espaço, e sobre as posturas, garantindo a regulação dos movimentos (estão ligadas aos receptores periféricos, músculos e articulações, canais semicirculares que informam as mudanças da posição da cabeça no espaço). As sensações oriundas dos receptores vestibulares estão ligadas à visão. (Saboya, 1995).

As exteroceptivas: que nos dão os sinais vindos do mundo exterior, criando a base do nosso comportamento consciente (olfato, visão, audição, tato e paladar). (Saboya, 1995).

O tato e o gosto são percebidos por um contato direto, já a visão o olfato e a audição se dão a distância, com certo intervalo de espaço. Durante a vida intrauterina o bebê recebe vários estímulos (internos e externos), que lhe provocam diferentes sensações, seus receptores sensoriais estão sendo formados desde muito cedo durante a embriogênese. A partir de mais ou menos 4 meses, a mãe já pode sentir o bebê se mexer, ficando ainda mais perceptível as variações sensoriais a que ele está exposto.

SOBRE A COORDENAÇÃO MOTORA GLOBAL

Por sua vez, a coordenação motora global está diretamente ligada ao desenvolvimento físico e habilidades motoras fundamentais das crianças. Na Educação Infantil, atividades que promovem a coordenação motora global, como correr, pular, escalar e brincar em equipamentos de playground são vitais para o desenvolvimento motor e o fortalecimento muscular.

Na Educação Infantil, essas habilidades são aprimoradas através de atividades físicas, esportes, jogos e atividades recreativas que exigem movimentos coordenados de todo o corpo. Promover um ambiente que incentive e ofereça oportunidades para o desenvolvimento da coordenação motora global é fundamental para o crescimento saudável e o aprendizado integral das crianças em idade escolar.

Na promoção da coordenação motora global em crianças neurodivergentes, é importante adotar uma abordagem inclusiva e personalizada. Isso pode envolver a adaptação de atividades motoras para atender às necessidades individuais de cada criança, fornecendo suporte adicional, se necessário.

Estratégias como a quebra de tarefas em etapas menores, uso de materiais sensoriais e atividades que estimulem múltiplos sentidos podem ser úteis. Além disso, criar um ambiente seguro e encorajador, onde as crianças se sintam confortáveis para explorar e praticar suas habilidades motoras é fundamental. Trabalhar em colaboração com profissionais especializados, como terapeutas ocupacionais, pode fornecer insights e estratégias específicas para apoiar o desenvolvimento da coordenação motora global em crianças neurodivergentes.

Para Fonseca, a coordenação dinâmica global e a interação rítmica dos movimentos começam a ser aprimoradas dos cinco aos seis anos de idade. As dificuldades na coordenação motora global levam à dificuldade em movimentar-se, movimentos esteticamente feios e bruscos e, no comportamento, causa apatia e dificuldade de relacionamento.

SOBRE A COORDENAÇÃO MOTORA FINA

A coordenação motora fina na Psicomotricidade é desenvolvida por meio de atividades específicas que visam desenvolver o controle dos músculos das mãos e dos dedos, a percepção tátil e a precisão dos movimentos. Isso pode incluir brincadeiras com materiais sensoriais, exercícios de manipulação de objetos, jogos que envolvem encaixar peças e atividades de artes visuais, como pintura e modelagem. Conforme Fonseca e Mendes (1988)

O objetivo é proporcionar experiências variadas e desafiadoras que estimulem o desenvolvimento das habilidades motoras finas, ao mesmo tempo em que promovem a integração sensorial e o bem-estar emocional da criança.

Na Psicomotricidade, a coordenação motora fina refere-se à habilidade de realizar movimentos precisos e coordenados com as mãos e os dedos. Essa habilidade é fundamental para tarefas como escrever, desenhar, recortar, amarrar sapatos e manipular objetos pequenos.

O Doutor Vitor da Fonseca é um dos mais estudiosos sobre a Psicomotricidade sendo referência ímpar no que diz respeito a fatores

psicomotores e sua influência na aprendizagem. Ele criou um teste em 1975, chamado Bateria Psicomotora (BPM), destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança. Esse teste é uma das referências que devemos ter conhecimento para a utilização na clínica neuropsicopedagógica.

Conforme Fonseca, “o cérebro da criança possui “janelas de oportunidade”, momento esse quando “o cérebro da criança está particularmente susceptível às entradas de estimulação sensorial, para o amadurecimento de sistemas neurais mais desenvolvidos.”

Diante disso, conforme Vitor da Fonseca, a Psicomotricidade também possui o seu tempo de estimulação, que vai até os sete anos de idade, período que deve ser aproveitado ao máximo, pois é o período que se abre a janela da aprendizagem motora, momento que a criança adquire fatores em sua totalidade e apresenta desenvoltura em questões que envolve motricidade.

Com crianças neurodivergentes, é importante adotar uma abordagem sensível e individualizada com relação à coordenação motora fina. Isso deve envolver atividades que visam fortalecer os músculos das mãos e dos dedos, com atividades como recortar, desenhar, pintar, amassar massinha, manipular objetos pequenos e montar quebra-cabeças. Adaptar essas atividades, de acordo com as necessidades sensoriais e motoras específicas, de cada criança, pode ajudá-las a desenvolver suas habilidades de forma mais eficaz.

Além disso, proporcionar ambiente tranquilo e acolhedor, com materiais e ferramentas acessíveis, é fundamental para incentivar a prática e a exploração. Trabalhar em parceria com terapeutas ocupacionais também pode ser benéfico, para identificar estratégias e intervenções personalizadas e para apoiar o desenvolvimento da coordenação motora fina em crianças neurodivergentes.

UNIDADES FUNCIONAIS DE LURIA

Os ensinamentos de Alexander Romanovich Luria (1902-1977) contribuir enormemente para a área da Psicomotricidade, pois faz-nos compreender, em linhas gerais, como nosso cérebro opera – nos movimentos e nos processos de aprendizagem motora, memorização e atenção.

A visão de Luria (1981) sobre Psicomotricidade é enriquecedora e complexa. Levando em consideração sua teoria das funções cerebrais superiores, Luria destacou a importância da integração entre processos cognitivos e motores, na realização de atividades psicomotoras.

Para Luria, a Psicomotricidade não se limita à interação entre mente e corpo, ela envolve a relação com todo o ambiente, o contexto, a cultura. Luria estudou a plasticidade do cérebro e sua capacidade de reorganização, em resposta a estímulos e experiências, o que tem implicações significativas para a

intervenção psicomotora. A visão de Luria sobre Psicomotricidade é complexa e interconectada aos aspectos cognitivos, motores e emocionais do comportamento humano. Luria define a ideia de “Sistema Funcional”, utilizando três conceitos: Função, localização e sintoma.

Função – deve ser entendida como um sistema.

Localização – sem sentido, se estiver limitada a buscar áreas específicas para funções específicas.

Sintoma – busca a identificação do fator básico que está por trás do sintoma observado.

Luria propõe que a função do “Sistema Funcional” deve ser realizar uma busca, com o objetivo de encontrar onde está a falha e definir qual será a rota neuronal utilizada, respondendo o porquê dela não estar sendo eficiente.

A Primeira Unidade de Luria: Unidade Funcional Primária

A primeira unidade funcional de Luria é conhecida como a Unidade Funcional Primária (UFP). Ela representa a menor unidade de processamento cerebral que pode realizar uma função específica. A UFP é composta por três partes principais: *o estímulo sensorial, a ação motora e o feedback sensorial*. Essa unidade é fundamental para entender como o cérebro processa informações e realiza tarefas complexas, pois demonstra como os estímulos sensoriais são percebidos, processados e respondidos por meio de ações motoras.

A compreensão da UFP ajuda a elucidar os diferentes aspectos da cognição e do comportamento humano, conforme delineado pela teoria das funções cerebrais superiores de Luria.

A Segunda Unidade de Luria: Unidade Funcional Secundária

A segunda unidade funcional de Luria é chamada de Unidade Funcional Secundária (UFS). Ela representa uma unidade mais complexa de processamento cerebral, composta por várias UFPs interconectadas. A UFS é responsável por coordenar atividades mentais mais elaboradas, como a resolução de problemas, a tomada de decisões e a execução de tarefas que exigem múltiplos processos cognitivos. Essa unidade demonstra como diferentes áreas do cérebro se comunicam e colaboram para realizar funções cognitivas mais sofisticadas.

A compreensão da UFS é crucial para entender como o cérebro integra informações e realiza operações mentais complexas, conforme proposto pela teoria de Luria sobre as funções cerebrais superiores.

A Terceira Unidade de Luria: Unidade Funcional Terciária

A terceira unidade funcional de Luria é conhecida como Unidade Funcional Terciária (UFT). Ela representa um nível ainda mais alto de organização cerebral, envolvendo a coordenação de múltiplas UFS para realizar atividades cognitivas complexas e integradas. A UFT está relacionada à execução de funções mentais superiores, como planejamento, estratégia, solução de problemas abstratos e tomada de decisões em contextos específicos e desafiadores. Essa unidade demonstra como o cérebro humano é capaz de realizar operações cognitivas de alto nível, coordenando várias áreas e redes neurais para alcançar objetivos específicos.

A compreensão da UFT é essencial para entender a complexidade das funções cerebrais superiores e como elas se manifestam no comportamento humano.

Quando se trata de crianças neurodivergentes, como aquelas com Autismo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ou Síndrome de Down, as unidades funcionais de Luria podem oferecer conceitos e ferramentas importantes para entender padrões de funcionamento cerebral e desenvolvimento cognitivo, a exemplo das Unidades Funcionais, a seguir:

Unidade Funcional Primária (UFP): Entender como as crianças processam estímulos sensoriais pode ajudar a adaptar o ambiente para minimizar a sobrecarga sensorial e promover a atenção e o engajamento.

Unidade Funcional Secundária (UFS): Ao reconhecer as áreas de força e desafio cognitivo, os educadores podem personalizar estratégias de aprendizado e fornecer suporte específico para o desenvolvimento de habilidades como linguagem, memória e resolução de problemas.

Unidade Funcional Terciária (UFT): Compreender como as crianças neurodivergentes planejam e executam tarefas pode informar intervenções que promovam a autonomia, o desenvolvimento de habilidades sociais e a adaptação a novas situações. Adaptar as atividades de acordo com as necessidades individuais das crianças neurodivergentes e oferecer um ambiente inclusivo e acolhedor são aspectos essenciais para apoiar seu desenvolvimento e aprendizado. (Luria, 1981).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este capítulo, ressaltamos a importância da Psicomotricidade como uma ferramenta valiosa para promover o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças na Educação Infantil e no Ensino Fundamental, especialmente em contextos inclusivos. Reconhecemos que a integração de atividades lúdicas e recreativas com a Psicomotricidade requer um compromisso contínuo com a formação de professores, o desenvolvimento de recursos adequados e a colaboração entre profissionais da saúde e da educação.

A Psicomotricidade desempenha um papel crucial na promoção do desenvolvimento, aprendizagem e inclusão na Educação Infantil. Aqui estão algumas maneiras pelas quais ela é importante: No desenvolvimento motor que ajuda no desenvolvimento das habilidades motoras das crianças, tanto finas quanto grossas, permitindo-lhes explorar o ambiente, adquirir destreza manual e fortalecer os músculos. No desenvolvimento cognitivo que as atividades psicomotoras estimulam a cognição, promovendo a percepção, a atenção, a memória, a resolução de problemas e o raciocínio lógico, fundamentais para o processo de aprendizagem. O desenvolvimento socioemocional que ao promover a interação social, a comunicação não verbal e a expressão emocional, a Psicomotricidade contribui para o desenvolvimento socioemocional das crianças, fortalecendo sua autoestima, confiança e habilidades sociais.

As experiências psicomotoras que proporcionam contextos concretos e significativos para a aprendizagem, permitindo que as crianças experimentem e explorem conceitos de forma prática, o que facilita a compreensão e a retenção do conhecimento.

A Psicomotricidade também oferece uma abordagem inclusiva para o desenvolvimento e a aprendizagem, permitindo que as crianças com diferentes habilidades participem ativamente de atividades motoras adaptadas às suas necessidades individuais, promovendo assim a inclusão e o respeito à diversidade.

De acordo com o Goldberg (2001), as funções executivas coordenam e integram o espectro da tríade neurofuncional da aprendizagem, onde estão conectadas com as funções cognitivas e conativas.

Segundo Fonseca (2002), para ter sucesso escolar, o estudante deve evocar um conjunto diversificado de competências executivas. No entanto, acreditamos que investir nessa abordagem pode contribuir significativamente para a promoção da saúde, da neurodiversidade e da inclusão em ambientes educacionais.

Portanto, em resumo, a Psicomotricidade desempenha um papel integrado e multidimensional na promoção do desenvolvimento global das crianças, facilitando a aprendizagem e contribuindo para a criação de ambientes educacionais inclusivos e acolhedores.

REFERÊNCIAS

FONSECA, Vitor da. **Psicomotricidade**. São Paulo. Martins Fontes, 1983.

FONSECA, Vitor da. **Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurologica dos fatores psicomotores**. Porto Alegre: Artes Médicas. 371, 1995.

FONSECA, Vitor da. **Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- FONSECA, Vitor da. Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Rev. Psicopedagogia**. 2014; 31(96);236-253.
- GOLDBERG, Elkhonon. **The executive brain: unifying cognition**. New York: Oxford University Press; 2001.
- LENT, R. **Cem bilhões de neurônios** – conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Editora Atheneu;2001.
- LÚRIA, Alexander Romanovich. **Fundamentos de Neuropsicologia**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; São Paulo: EDUSP,1981.
- LUSSAC, R.M.P. Psicomotricidade: história, desenvolvimento, conceitos, definições e intervenção profissional. **Rev.Dig**. Buenos Aires. Ano 10, nº126, 2008.
- FONSECA, Vitor da; MENDES, Nelson. **Escola, escola, quem és tu?** Perspectivas Psicomotoras do Desenvolvimento Humano. 4. Ed. Porto Alegre; Artes Médicas.1988. 297p.
- MANHÃES, M.A.R. Menino ou menina? Gênero e desenvolvimento infantil. **Olhar de Professor**, vol. 7, n.1. Ponta Grossa, 2004.
- ROSA NETO, Francisco. **Manual de avaliação motora**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- SABOYA, Beatriz. **Bases Psicomotoras**. Rio de Janeiro, Ed. Trainel, 1995.
- SBP.**Sociedade Brasileira de Psicomotricidade**. Disponível em <<https://psicomotricidade.com.br/sobre/o-que-e-psicomotricidade/>>. Acessado em 19 de maio de 2024.
- VOOS, MC; RIBEIRO DO VALLE. Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no acidente vascular encefálico e a evolução a funcional em indivíduos destros. **Rev.bras.fisioter., São Carlos, v.12, n.2, p.113-120, Apr.2008**.
- WALLON, Henry. **As Origens do Caráter na Criança**. São Paulo: Nova Alexandria, 1995.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ANALÍTICA PARA O ENVELHECIMENTO AUTÔNOMO E SIGNIFICATIVO: UMA PERSPECTIVA JUNGUIANA

Verônica Silva de Souza¹

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um fenômeno inevitável e universal, alcançando a todos indiscriminadamente, porém de forma muito particular para cada pessoa. Sabe-se que os estudos desse tema e as iniciativas para promover a qualidade de vida dos idosos no Brasil ainda carecem de atenção e investimento adequado. De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), “o crescimento da população idosa está ocorrendo a um ritmo mais rápido do que o da população em idade ativa, apresentando desafios significativos para a sociedade no futuro próximo”.

As projeções indicam uma tendência contínua na transformação do perfil demográfico do Brasil, passando de uma população predominantemente jovem para um contingente cada vez maior de idosos, que poderá eventualmente equiparar-se, em números reais. Esse fenômeno social é atribuído, entre outros fatores, à persistente redução da taxa de fecundidade, combinada com a diminuição da mortalidade em todas as faixas etárias, conforme explicado na publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Diante dessas informações, torna-se relevante ponderar sobre os desafios e dilemas impostos pelo rápido envelhecimento da população, os quais demandam discussões urgentes e mais abrangentes. Dentre os aspectos cruciais a serem considerados estão as fragilidades do Sistema de Previdência Social, a necessidade premente de aprimoramento do Sistema de Saúde brasileiro e a importância vital de expandir e aprimorar as políticas assistenciais. Tais medidas são ferramentas essenciais para melhorar a qualidade de vida dos idosos, dado que essa parcela da população necessita de cuidados especializados e diferenciados.

¹ Psicóloga Clínica com foco em atendimentos de adultos e adolescentes (CRP 01/17163). Pós-graduada em Psicologia Analítica Junguiana e Especializada em EMDR. Participação em grupos de supervisões. Professora e palestrante em cursos comportamentais, da teoria da psicologia Junguiana e psicanalítica. E-mail: Veronicss@gmail.com.

A Psicologia Analítica vem contribuir com o estudo do envelhecimento por meio de uma análise aprofundada dos símbolos e arquétipos que tal fenômeno possam evocar, nos fornecendo assim, informações valiosas que podem auxiliar no autoconhecimento do indivíduo que envelhece assim como a sociedade ao seu redor. Na esperança que o envelhecer se torne uma fase da vida autônoma, independente e repleto de significado para o indivíduo e para sua comunidade. Ao investigar os aspectos e potenciais únicos desta fase da experiência humana, é possível ampliar as opções de cuidado e intervenção terapêutica para a população idosa. Como ressalta Jung:

O ser humano não chegaria aos setenta ou oitenta anos se esta longevidade não tivesse um significado para sua espécie. Por isso, a tarde da vida humana deve ter também um significado e uma finalidade próprios, e não pode ser apenas um lastimoso apêndice da manhã da vida. (Jung, 1984, p. 348, § 787).

Ao se dedicar aos estudos da antropologia, biologia e fisiologia, Carl Jung observa que mesmo em culturas primitivas e isoladas os homens possuíam emoções e comportamentos semelhantes em determinadas circunstâncias do homem moderno europeu. Assim, ele constrói o conceito de arquétipo e juntamente com o estudo dos símbolos nos ajuda na compreensão de fenômenos com mais profundidade.

A partir deste olhar global é possível perceber que todas as culturas apresentam duas formas de envelhecimentos bem distintas, e encontramos assim arquétipos do “Velho Sábio” e “Senex”, frequentemente encontrados em mitos, lendas e sonhos, que são materiais de estudo para Psicologia Analítica. No entanto, segundo Jung, a humanidade continua em constante evolução, sendo possível encontrar mais arquétipos envolvidos no processo de envelhecimento, isto porque o homem está em constante transformação, como indicado por ele quando afirmou:

O homem desenvolveu vagarosa e laboriosamente a sua consciência, num processo que levou um tempo infindável, até alcançar o estado civilizado (arbitrariamente datado de quando se inventou a escrita, mais ou menos no ano 4000 a.C.). Esta evolução está longe da conclusão, pois grandes áreas da mente humana ainda estão mergulhadas em trevas. (Jung, 2016, p. 22).

Observa-se, nesse sentido, o extenso percurso do desenvolvimento da consciência ao longo da vida, conforme concebido por Jung, levando em conta a contínua evolução da humanidade. Ainda existe um extenso conteúdo a ser iluminado pela consciência, portanto o trabalho terapêutico não finda.

Neste contexto, no presente estudo de revisão de literatura e de revisão de relatos clínicos, foram explorados símbolos que surgem durante o processo de envelhecimento, sob a perspectiva da Psicologia Analítica. O foco foi na

identificação de arquétipos que influenciam a experiência do envelhecer na sociedade contemporânea, tendo como referências a bibliografia de Carl Gustav Jung e de outros estudiosos da Psicologia Analítica.

AS FASES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E A VELHICE

A primeira fase da vida, a infância, é o início do desenvolvimento biológico caracterizado pela dependência exclusivamente dos cuidados dos pais, familiares e cuidadores para a garantia de sua existência. “No estágio infantil da consciência, ainda não existem problemas; nada depende do indivíduo, porque a própria criança ainda depende, de forma inteira, dos pais” (Jung, 1984, p. 340, § 756).

Alimento, abrigo e estímulos contribuem para o crescimento e fortalecimento do organismo deste novo indivíduo. Após os primeiros anos de vida amplia-se os grupos de convivência e a interação com a sociedade, os quais também se tornam agentes de apoio e estímulo para o crescimento.

Quanto aos aspectos psicológicos, Jung considera que a criança nos primeiros anos de vida vivencia aspectos instintivos deste corpo em desenvolvimento. “Até este período, a vida psicológica do indivíduo é governada basicamente pelos instintos e por isso não conhece nenhum problema” (Jung, 1984, p. 340, § 757).

Como a consciência e a racionalidade ainda estão em desenvolvimento, considera-se a criança imersa no inconsciente dos pais e do seu meio, conforme Jung descreve:

“É fato comprovado que não existe memória contínua dos primeiros anos de vida. Quando muito, o que existe são ilhas de consciência que são como luzes isoladas ou objetos iluminados dentro da noite imensa” (Jung, 1984, p. 340, § 755).

Com os anos, experiência, estímulos e desenvolvimento biológico, a consciência se desenvolve e se estrutura, e observa-se que a criança inicia a fase da fala, pronunciando na primeira pessoa.

Já na adolescência, esta fase pode ser marcada por desconstrução das fantasias, início de uma agenda própria, ansiedade, desejos, atropelos e também um vasto cenário de possibilidades que se espera da vida adulta que se aproxima. “Este estágio vai aproximadamente dos anos que se seguem à puberdade até o meio da vida, que se situa entre os trinta e cinco e os quarenta anos” (Jung, 1984, p. 341 § 759).

Hall e Nordby (1972) apontam que: abandonar ilusões infantis, enfrentar o gosto amargo das limitações dele e do mundo, são enfrentamentos que acompanha os adolescentes sempre, porém é mais visível na juventude. Este

estágio é anunciado pela mudança fisiológica que ocorre no decorrer da puberdade. A *psique* começa então a adquirir a forma própria. A revolução psíquica torna-se aparente. Alterações corporais drásticas, instintos sexuais, incertezas sobre vocação, relações afetivas, a conquista do mundo externo são as principais temáticas da vida nesta fase, segundo Hall e Nordby:

Em geral, os inúmeros problemas da juventude apresentam uma característica comum: o apego a um estágio infantil da consciência. Algum sentimento profundo em nosso íntimo (um arquétipo infantil) prefere permanecer criança em lugar de crescer. (Hall; Nordby, 1972, p. 79).

Não se pontua só na juventude, mas a expansão da consciência requer um espaço maior de influência em todas as fases da vida. Neste momento, fronteiras e limites precisam ser conhecidos, violados e ampliados. Assim, o ser humano parte para a chamada “metade da vida” (Hall; Nordby, 1972).

O segundo estágio termina entre 30 a 40 anos de idade. Nessa idade, o indivíduo geralmente está adaptado de forma mais ou menos satisfatória ao ambiente externo, na qual firmou-se a meia idade, em que a tarefa fundamental neste terceiro estágio é a de centrar de novo a existência em volta de um novo conjunto de valores. A energia anteriormente utilizada nas adaptações externas deve ser agora encaminhada para os novos valores (Hall; Nordby, 1972).

O meio da vida é um tempo de desenvolvimento máximo, quando a pessoa ainda está trabalhando e operando com toda a sua força e todo o seu querer. A dose de ilusão de que tudo encontraria seu lugar e sua resposta é mais uma vez destruída pelos confrontos e desconfortos que esta fase tem também. Percebe-se uma relevante necessidade de renovação e experimentação, o denominado “chamado da alma” é ouvido, e negligenciado, algo que poderia ser sutil e transformador, vem como avalanche destruidora, denominadas crises de meia idade (Hall; Nordby, 1972).

De acordo com Hall e Nordby (1972), pode-se considerar a velhice:

É o período da idade muito avançada, e que pouco interessa Jung. Sob um aspecto, a velhice assemelha-se à infância; a pessoa submerge no inconsciente e não vacila em considerar o problema de uma vida futura que assombra à consciência; o indivíduo idoso mergulha no inconsciente e finalmente nele se dissolve. (Hall; Nordby, 1972, p. 79).

A analogia à estados físicos e mentais comuns à infância e à velhice, James Hollis (2005, p. 51) coloca de forma brilhante essa comparação: “Nós começamos dependentes, desdentados e bobos, e terminamos dependentes, desdentados e bobos”.

Esta proposição, segundo o citado autor, é rica em analogias pois retoma questões da polaridade entre jovem e velho, aproxima temas que se pensa serem desconexos, mas encontram um ponto de intersecção importante para o diálogo.

A VELHICE NA *PSIQUE* DE IDOSOS

Cada pessoa envelhece de forma particular, como resultados de hábitos e condições de vida nas fases anteriores, o que pode resultar em um espectro de envelhecimento, que pode ir do envelhecimento ativo e sadio até o envelhecimento dependente e doente. Essa fase da vida pode ser acometida de um considerável número de doenças e sintomas que levam o indivíduo à perda de suas capacidades.

A fase de declínio se instala e a aproximação das temáticas: doenças, abandono, limitações, morte e sentido da vida podem estar mais frequentes. Outra metáfora utilizada por Jung nos revela a transformação que se espera com o passar dos anos. Jung (1984, p. 345, § 774) metaforicamente retrata essa mudança como: “O vinho da juventude nem sempre se clarifica com avançar dos anos: muitas vezes até mesmo se turva”.

O ser humano que envelhece pode direcionar sua energia para a amplitude da consciência, mesmo se aproximando o final de sua vida, atendendo ao *Self*, conforme Jung explica “para o jovem constitui quase um pecado ou, pelo menos, um perigo ocupar-se muito consigo próprio, mas para o ser que envelhece é um dever e uma precisão dedicar atenção ao seu próprio *Si-mesmo*” (Jung, 1984, p. 348, § 785).

À medida que a idade avança, a perda de saúde e capacidade física se constituem em uma realidade para o idoso, doenças crônicas se instalam, o que aumenta a probabilidade de internação hospitalar. Diversas são as modificações que ocorrem no organismo que envelhece: Fadiga, anorexia, quedas, incontinências, mudanças comportamentais, declínio funcional e mal-estar por vezes sem especificações. É comum também que os idosos sejam portadores de déficits auditivos e visuais e por vezes até declínio cognitivo. A frequente incidência da depressão entre idosos é um fator preocupante, podendo ter diversas causas como: aspectos genéticos, isolamento social, abandono e doenças que fragilizam e incapacitam (Pereira; Rosa, 2018, p. 34).

Em seus estudos sobre arquétipos Jung nos mostra que este fenômeno psicológico pode ser por vezes permeado de características que nos demonstram expressões do inconsciente, atendendo aos propósitos do *Self*. Os arquétipos acompanham a existência humana, estão presentes na vida como possibilidades e formas de atuação. Para a fase da vida da velhice encontramos dois interessantes arquétipos que acrescentam na caracterização dos elementos psíquicos, decorrentes do envelhecimento, o “Velho Senex” e o “Velho Sábio”.

O VELHO SENEX

As transformações físicas e sociais da velhice constituem-se elementos significativos para justificar a instalação do arquétipo do Senex em alguns velhos e como apresenta Hall (1993), a palavra Senex tem origem no latim como significado de “velho” e descreve atitudes negativas, tais como cinismo, rigidez, relevante conservadorismo, entre outras. Já os traços positivos podem ser representados por responsabilidade, metódico e autodisciplina (Hall, 1993, p.152).

Compreende-se que as experiências e o passar dos anos desenvolvem diversas possibilidades e que no arquétipo do Velho Senex, as atitudes, sentimentos e interações são repletas de exemplos que dificultam o relacionamento e a expansão da consciência. Como reforça outra preposição de Jung (2014, p. 227, § 413): “O Velho perdera, portanto, uma parte da luz de seus olhos, isto é, do seu conhecimento e iluminação, a favor do mundo obscuro, demoníaco; este último o afeta”.

É relevante ressaltar que Jung fez de sua vida o laboratório empírico de sua teoria. Sua mais célebre citação em seu livro “Memórias, sonhos e reflexões” de que ele, Jung, é um inconsciente que se realizou, assim a forma como expôs em sua biografia, suas dinâmicas psíquicas deixam explícito a liberdade para que se associe eventos privados, como sonhos, cartas e citações para exemplificar seus próprios postulados teóricos.

Assim, extrai-se um exemplo, após uma pequena contextualização de como o arquétipo do Velho Senex pode ser percebido nas palavras duras e pessimistas do próprio Jung, alerta-se para a contextualização do momento delicado por qual a humanidade passava, a Segunda Guerra Mundial:

Desde o início da Segunda Guerra mundial, Jung sentiu crescer cada vez mais seu pessimismo quanto ao futuro do mundo. Em 1940, escreveu para o psicólogo analítico H. G. Baynes, que aquele ano lhe trazia à mente o terremoto ocorrido em 216 a.C., quando o templo de Karnak fora destruído. No ano seguinte, escreveu para a psicóloga analítica Esther Harding: “Estamos vivendo num tempo incredivelmente infernal [...] é como se o próprio ar estivesse infectado com os vapores fétidos do inferno”. (Shamdasani, 2005, p.373).

Ao analisar a biografia de Jung, percebe-se que após 1945, aos 70 anos, ele retoma as publicações de suas obras e aprofunda suas pesquisas em novas linhas de interesse como alquimia e ufologia, conforme Silveira (1981), o que demonstra a possibilidade de mudança do arquétipo do Senex para o *Velho Sábio*.

Pode-se inferir que a rigidez e resistência em abdicar das etapas passadas da vida, a não prospecção de futuro e desprezar novas questões da velhice, sejam algumas das causas da existência do arquétipo do Velho Senex.

Sobre as dinâmicas de resistência na velhice, Jung explica:

O neurótico é, antes, alguém que jamais consegue que as coisas corram para ele como gostaria que fossem no momento presente, e, por isto, não é capaz de se alegrar com o passado. Da mesma forma como antigamente ele não se libertou da infância, assim também agora se mostra incapaz de renunciar à juventude. Teme os pensamentos sombrios da velhice que se aproxima, e como a perspectiva do futuro lhe parece insuportável, ele se volta desesperadamente para o passado. (Jung, 1984, p. 346, § 777).

A importância do vínculo social, fala de um lugar próprio do inconsciente coletivo que uma hora precisa se recolher para então expandir e ganhar novas formas e significado. Assim, entende-se que todos os arquétipos têm caráter positivo, favorável, luminoso, que aponta para o alto, também tem outro lado, que aponta para baixo, em parte negativo e desfavorável. O arquétipo do Velho Senex apresenta como contraponto o Velho Sábio.

O VELHO SÁBIO

No estudo de contos e mitos encontra-se sempre a figura de velho, repetidamente depara-se com qualidades e características que se remetem a construção de um arquétipo do Velho Sábio. É recorrente encontrar a figura do Velho como Jung coloca: “o velho sempre aparece quando o herói se encontra numa situação desesperadora e sem saída, da qual só pode salvá-lo uma reflexão profunda ou uma ideia feliz, isto é, uma função espiritual ou um automatismo endopsíquico” (Jung, 2014, p. 218, § 401).

Nesta conceituação do arquétipo do Velho Sábio reforça sua conexão nesta fase da vida com aspectos numinosos. Para Jung a figura do Velho Sábio pode aparecer tanto em sonhos como também por meio das visões da meditação (ou da “imaginação ativa”), pode assumir o papel de um mestre, como acontece em regiões do oriente. “O Velho Sábio surgiu nos sonhos como mago, médico, sacerdote, professor, catedrático, avô ou como qualquer indivíduo que possuía autoridade” (Jung, 2014, p. 216, § 398).

Em resumo, Jung mostra a figura de sabedoria: “o Velho sabe que caminhos conduzem à meta, e os mostra ao herói. Avisa acerca dos futuros perigos e dá os meios de enfrentá-los eficazmente” (Jung, 2014, p. 221, § 405).

O Velho representa, de certo modo, o conhecimento, a reflexão, a sabedoria, a inteligência e a intuição e, de outro modo, também qualidades morais como benevolência e solicitude, as quais tornam claro seu caráter “espiritual”. Assim, pode-se ressaltar o valor social para o Velho, visto que é um orientador da ética e da moral, o Velho Sábio pode orientar, inspirar e vigiar condutas de uma família, grupo ou até sociedade, como Jung (2014, p. 225, § 410) propõe, “além de sua inteligência, sabedoria e conhecimento, o Velho se distingue, como já vimos, pela posse de qualidades morais: põe à

prova a capacidade moral dos homens e distribui seus dons de acordo com essa prova”.

Assim como toda a Psicologia Analítica desenvolvida por Jung, vê-se mais uma vez o exemplo que a polaridade, dualidade e opostos também estão presentes nos arquétipos, o arquétipo do Velho Sábio não seria uma exceção, como demonstra Jung, “assim o Velho tem um caráter ambíguo, élfico, tal como a figura extremamente instrutiva de Merlin pode parecer o bem e, dependendo de sua manifestação, o mal” (Jung, 2014, p. 228, § 415).

Portanto, os arquétipos apresentados são importantes para a compreensão das dinâmicas psíquicas de nossos idosos na contemporaneidade, possibilitando uma análise profunda e ao mesmo tempo flexível das suas questões íntimas, que estimulem uma vida com qualidade e sentido. Assim, no capítulo que se segue, apresenta-se uma coletânea de sonhos com suas simbologias e significados ainda presente na fase do envelhecer.

SIMBOLOGIA E RELATOS DE SONHOS NA VELHICE

Jung em seus estudos iniciais com pacientes esquizofrênicos, percebe que os conteúdos inconscientes emergem para consciência por meio de uma linguagem simbólica que possui significado e sentido próprio. Assim o estudo dos símbolos para compreensão da dinâmica psíquica é importante para acessar e conhecer os temas que a velhice propõe para a *psique* do indivíduo.

Para Jung (2016), o símbolo pode ser descrito conforme abaixo:

O que chamamos de símbolo é um termo, um nome ou mesmo uma imagem que nos pode ser familiar na vida cotidiana, embora possua conotações especiais além do seu significado evidente e convencional. Implica alguma coisa vaga, desconhecida ou oculta em nós. Assim, uma palavra ou uma imagem é simbólica quando implica alguma coisa além do seu significado manifesto ou imediato. (Jung, 2016, p. 19).

De acordo com a Psicologia Analítica, a linguagem simbólica reflete conteúdos inconscientes, porém apenas uma pequena parte de sua potencialidade pode ser expressa na consciência, e sua maior carga energética concentram-se nos sonhos e nas expressões criativas pois as projeções dos conteúdos não sofrem censura da consciência.

Assim, os símbolos expressos nos sonhos são considerados um produto genuíno e complexo que a *psique* produz na consciência, pois conforme Jung destaca:

Devemos entender que os símbolos do sonho são, na sua maioria, manifestações de uma parte da *psique* que escapa ao controle do consciente. [...]. Assim como uma planta produz flores, a *psique* cria seus símbolos. E todo sonho é uma evidência desse processo. (Jung, 2016, p. 78).

A Psicologia Analítica ressalta a importância dos símbolos em diferentes campos de expressão, e nesta pesquisa o estudo dos símbolos oníricos² para o equilíbrio da *psique* como Jung demonstra: “A função geral dos sonhos é tentar restabelecer a nossa balança psicológica, produzindo um material onírico que reconstitui, de maneira sutil, o equilíbrio psíquico total” (Jung, 2016, p. 56). Importante ferramenta de regulação emocional na visão junguiana.

Na Psicologia Analítica os sonhos são ferramentas primorosas de acesso aos conteúdos do inconsciente conforme demonstrado na introdução deste trabalho, assim considera-se que o estudo dos símbolos e arquétipos envolvidos no processo de envelhecimento fica mais acessível à compreensão quando se aprofunda na análise dos sonhos e na busca de compreender os símbolos presentes nas obras de diversos autores aqui reunidas, que se propunham a exemplificar as dinâmicas da *psique* por relatos de sonhos de suas experiências terapêuticas.

Ao revisitar os sonhos dos velhos, distribuídos nas obras da Psicologia Analítica de Jung, estuda-se como os símbolos se apresentam nos relatos com ética e delicadeza conforme Jung propõe: “por isso não se pode estar seguro acerca do sentido de um sonho antes de se ter informado suficientemente sobre os conteúdos conscientes do sonhador” (Jung, 1986, p.133, § 223). Ainda que os relatos de sonhos possam parecer simples cenas cotidianas, os símbolos e arquétipos guardam um significado singular que se deve respeitar nas interpretações dadas pelos respectivos autores. Por isso são ricos de significado e objetivos que o inconsciente precisa realizar.

Conforme Von Franz (1996, p. 19), “entre os 35 e 40 anos, os sonhos visam a uma adaptação à vida interior, a descoberta do sentido próprio da vida”. Vitalidade, energia que mesmo armazenada no passado, na forma de memória traz folego e energia à vida do indivíduo que envelhece. Jung em seu livro, “O homem e seus símbolos”, conta de um sonho de um paciente idoso, assim descrito:

Um exemplo de que me recordo é o de um sonho em que um grupo de jovens a cavalo atravessa um extenso campo. O sonhador é quem comanda o grupo e salta um buraco cheio de água, vencendo o obstáculo. O resto do grupo cai na água. Este sonho é de um velho de temperamento ousado, que tivera uma vida ativa e arrojada, mas que na época do sonho achava-se inválido e dava imenso trabalho ao seu médico e à sua enfermeira. Naquele momento, por desobedecer às prescrições médicas, sua saúde piorara, (Jung, 2016, p. 81).

Um dos possíveis significados do cavalo no Dicionário de Símbolos é o do “elemento clarividente, acostumado com as trevas, o cavalo exerce a funções de guia e de intercessor; numa palavra: de *psicopompo*” (Chevalier; Gheerbrant,

2 *Onírico* é um adjetivo masculino da língua portuguesa e está relacionado ou faz referência aos sonhos, às fantasias e ao que não pertence ao chamado «mundo real».

1995, p. 203). Já a imagem de campo, apresenta-se como “a antítese dos infernos, os campos são o símbolo do paraíso, ao qual os justos têm acesso após a morte” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 172).

Jung interpretou, a dinâmica do paciente, diante dos símbolos presentes no citado sonho, como “já ao velho expressava o que ele ainda fazia. Tinha o espírito ativo que ainda o sacudia interiormente era, na verdade, seu maior problema” (Jung, 2016, p. 81). Assim, a dinâmica narrada revela os desejos do inconsciente e até sua influência nos comportamentos conscientes de desobedecer e transgredir, próprio da juventude, às indicações médicas.

Este outro exemplo, nos mostram símbolos da transcendência, presente nos sonhos desta fase da vida, como se apresenta no relato de Von Franz:

Lembro-me de um outro sonho, publicado por um médico. Um homem via um abismo, no fundo do qual uma árvore viva ia aos poucos perdendo raízes. De repente, aconteceu um terremoto, árvore começou a tombar e ele pensou: “isso é o fim”. Nesse exato momento a árvore passou a flutuar no ar e continuou a existir dessa forma, sem raízes na terra. Ela ficava ali no ar, como se fosse o inconsciente estivesse dizendo: “sua árvore da vida está perdendo o contato com a realidade terrena, mas ela não está morrendo. O processo vital continua em outro meio”. (Von Franz, 1996, p. 19).

Para as imagens de abismo, o Dicionário de Símbolos designa “aquilo que é sem fundo, o mundo das profundezas ou das alturas indefinidas. E pode indicar igualmente a integração suprema na união mística” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 5). E a árvore é descrita como “um dos temas simbólicos mais ricos e mais difundidos. Designado como símbolo da vida, em perpétua evolução e em ascensão para o céu, ela evoca todo simbolismo da verticalidade. Por outro lado, pode simbolizar o aspecto cíclico da evolução cósmica: morte e regeneração” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 84).

Neste relato o próprio sonhador propõe um sentido de transcendência para as imagens visualizadas no sonho. Percebe-se então a independência que a *psique* do velho tem o imperativo do *Si-mesmo* no caminho da individuação. Talvez com uma urgência maior do que nas outras fases da vida, propondo que por meio de profundas transformações, ou até destruição, pode-se evoluir, o que expressa aproximação do arquétipo do Velho Sábio, conforme a autora complementa:

Esse é o ponto essencial da maioria dos sonhos dos moribundos e é por isso que vale a pena continuar a análise com eles [...] Mas você pode perceber que a voz da natureza ou a voz do instinto, que é o sonho, ajuda as pessoas a morrer em paz. Ela lhe traz conforto. (Von Franz, 1996, p. 19)

O relato de sonho que se segue foi retirado do livro “Mitologemas”, apresentando símbolos e grande energia psíquica atuando no sonho de uma mulher:

Cinco amigas vinham descendo um morro, saltitando e cantando. Foi um momento alegre e divertido sob o sol. Prosseguimos caminhando juntas e chegamos a um pequeno desfiladeiro. Havia uma borda estreita de outro lado. Eu disse: “Eu vou primeiro”. Começamos a caminhar pela borda, que apresentava um declive. Eu fui em frente, no final da descida, encontrei um lago escuro com cinco mulheres dentro. Tudo estava escuro. As mulheres encontravam-se submersas na água negra até o pescoço. Elas vestiam chapéus pretos bem justos, que cobriam seus cabelos e só deixavam os rostos pintados de branco à mostra. Olhei para os meus sapatos na borda escura. Eles eram claros, numinosos e o calor deles estava começando a derreter o solo compacto, tornando-o verde. Falei com as minhas amigas que vinham atrás de mim: “precisamos sair daqui. Nós vamos prejudicá-las. Estamos derretendo o chão”. (Hollis, 2005, p. 86).

Lagos são também considerados, no Dicionário de Símbolos, como “palácios subterrâneos de diamante, de joias, de cristal, de onde surgem fadas, feiticeiras, ninfas e sereias, mas que atraem os humanos igualmente para a morte. Tomam então a significação perigosa de paraísos ilusórios” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 533). Já calçado, teria uma significação funerária: “um agonizante está partindo. Simboliza também a viagem, não só para o outro mundo, mas em todas as direções. É o símbolo do viajante” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 802).

Hollis (2005, p. 86) contextualiza o momento da análise em que o sonho surge e os conflitos presentes neste momento da vida da paciente. Descreve as imagens oníricas acima, assim: “a sonhadora havia começado sua análise dentro do contexto de um trauma profissional. Ela havia utilizado todas suas habilidades mentais e havia sido traída e humilhada a ponto de ter de largar o emprego”.

Neste momento, Hollis (2005, p. 86) insere em sua interpretação temática de deuses, nas quais aproxima do significado do espírito dado ao arquétipo de Velho Sábio no capítulo deste estudo, assim descrito: “a sonhadora estava se conectando com algo que se encontrava mais fundo do que suas crenças, e mais fundo do que seu antigo senso de si mesma”. A interpretação que o autor propõe amplia os símbolos e leva à grandiosidade dos arquétipos, pois demonstra a potência que elementos primitivos podem surgir de uma *psique* que envelhece.

Quando necessário os sonhos podem ser mensageiros da morte, como o sonho relatado pelos autores, no livro “A morte à luz da psicologia”, de um paciente em sua análise, conforme trecho a seguir:

Este primeiro sonho: ele corria por um campo aberto; havia um clima lúgubre e o céu estava encoberto. De repente, abriu-se uma brecha entre as nuvens e apareceu um lindíssimo jovem nu sobre um raio de sol a irromper, e este olhava para baixo, para ele. (Von Franz; Jaffé; Rohn, 1995, p. 90).

Segundo Chevalier e Gheerbrant:

Céu é um símbolo quase universal pelo qual se exprime a crença em um Ser divino celeste, criador do universo e responsável pela fecundidade da terra. O céu é uma manifestação direta da transcendência, do poder, da perenidade, da sacralidade: aquilo que nenhum vivente da terra é capaz de alcançar. (Chevalier e Gheerbrant, 1995, p. 227).

Já a nudez não é de modo algum um ponto de vista universalmente partilhado. De fato, o simbolismo do nu desenvolve-se em duas direções: “a da pureza física, moral, intelectual, espiritual, e a da vaidade lasciva, provocante, desarmando o espírito em benefício da matéria e dos sentidos” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 645).

As autoras descrevem as principais sensações e emoções que o sonho desperta em seu paciente, demonstrando como o sonho se encaixa no desvendar da morte deste paciente ao longo do tempo, conforme descrição a seguir:

Meu paciente sentiu uma indescritível sensação de amor e de bem-aventurança. Não ousei lhe dizer, mas assustei-me com este sonho, por pensar em Hermes, o acompanhante das almas, que busca os mortos para conduzi-los ao Hades. Em breve, ficou claro que a saúde desse paciente estava arruinada; ele havia estragado quando era piloto na Segunda Guerra, com as pílulas Stuka. Seis anos depois deste sonho, ele faleceu em decorrência de males no fígado, e sua análise transformou-se numa preparação urgente e dramática para a morte. (Von Franz; Jaffé; Rohn, 1995, p. 90).

A seguir, a descrição do sonho revela um homem já idoso lidando com conflitos emocionais em sua situação conjugal, conforme trecho abaixo:

Meu paciente estava sentado ao lado de uma mulher na parte dianteira de uma igreja – ao que tudo indica, para se casar novamente com ela, ou numa tentativa de renovar seu casamento. Porém, à sua frente havia uma parede branca lisa. Quem oficiava a cerimônia era um pastor que ele de fato conhecia, um homem muito honesto, porém deprimido e neurótico. De repente, uma cigana lindíssima apareceu na igreja, amarrou o pastor com cordas e começou a puxá-lo para fora. Ao mesmo tempo, lançava olhares furiosos ao meu paciente, e gritava: “E você; eu também perdi a paciência com você”. Ele acordou assustado, sentindo-se ameaçado – e, como já mencionei, três semanas depois teve um colapso cardíaco inesperado. O homem que teve esse sonho tentou em vão remendar sua situação conjugal sem esperanças. (Von Ranz; Jaffé; Rohn, 1995, p. 93).

O casamento simboliza, “no curso do processo de individualização ou de integração da personalidade, a conciliação do inconsciente, principio feminino, com o espírito, principio masculino” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 197). Pastor simboliza “a vigília, sua função é um constante exercício de vigilância” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 692). Já, do ponto de vista religioso ou tradicional, o grito “tem qualquer coisa de maléfico e de paralisante. O grito é comparado ao furacão, enviado por Deus” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 479).

Os símbolos apresentados no desenrolar do sonho revelam temas de: poder, concretude, rigidez e inviabilidade de mudança, a morte chegou mais rápido do que a capacidade de mudança que o *Self* ansiava, aproximando ao arquétipo do Senex apresentado anteriormente, as autoras interpretam o sonho citado acima:

Lembro-me de um sonho de um homem de 60 anos três semanas antes de sua morte – devido a uma repentina falha cardíaca. Na verdade, este homem estava casado com uma mulher fria, sedenta de poder, de índole não congenial. Ele lhe havia sido fiel por razões convencionais, e nunca deu vazão a seus impulsos amorosos, que o levavam para outras mulheres. Ele vivia em estado de depressão e era mal-humorado. Em outras palavras, ele não sabia lidar com sua anima (com seu problema afetivo). (Von Franz; Jaffé; Jaffé; Rohn, 1995, p. 93).

Abaixo segue o primeiro sonho de Jung retirado de seu livro autobiográfico *Memórias, Sonhos e Reflexões*:

Num sonho que tive em outubro de 1958, notei, de minha casa, dois discos de metal brilhante em forma de pequenas lentes; iam em direção ao lago, por sobre a casa, descrevendo um arco de fraca luz. Eram dois U.F.O. (Unidentified Flying Objects). E seguida, um outro corpo parecia dirigir-se para mim. Era uma pequena lente circular como a objetiva de um telescópio. A quatro ou cinco metros de distância, o objeto imobilizou-se por um instante, e em seguida desapareceu. Imediatamente após, um outro corpo chegou, atravessando os ares: uma pequena lente de objetivo com prolongamento metálico que terminava uma caixa, uma espécie de lanterna mágica. A sessenta ou setenta metros de distância, parou no ar e me fitou. (Jung, 2012, p. 385).

O disco alado é muito frequente na simbologia, “representa o Sol em movimento e, por extensões sucessivas, o voo, a sublimação, a transfiguração” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 344). A seguir apresenta-se os possíveis significados de lanterna, assim descrito:

Símbolos da iluminação e da clareza de espírito. A tradição ocidental conhece também o costume da lanterna dos mortos, que queima durante toda a noite perto do corpo do defunto ou diante de sua casa: ela simboliza a imortalidade das almas, que sobrevivem aos corpos perecíveis. (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 536).

Jung descreve suas sensações e sentimentos ao acordar do sonho e com lembranças de pensamentos lógicos que permeavam o período do sonho, desdobrando possibilidades de interpretação e remetendo a um pensamento amplamente complexo sobre o domínio da consciência e da influência do *Self*. O que reafirma a vitalidade e profundidade com que Jung experimenta sua velhice, imprimindo o poder do Velho Sábio em suas publicações e produções até os últimos anos de sua vida.

Expressa com mais clareza as relações complexas do conceito de *Self* de sua teoria, conforme descrição do sonho a seguir:

Acordei, tomado por um sentimento de espanto. Ainda no meio do sonho uma ideia me atravessou o espírito: “Sempre acreditamos que os U.F.O. fossem projeções nossas; ora, ao que parece, nós é que somos projeções deles. A lanterna mágica me projeta soa a forma de C.G. Jung, mas que manipula o aparelho? (Jung, 2012, p. 385).

Em complementação, apresenta-se outro sonho de Jung que confirma a complexidade da bidimensionalidade do *Self* contando seu sonho com símbolos bastante populares, a seguir descrito:

Eu já sonhara certa vez sobre as relações entre o Si Mesmo e o eu. Nesse sonho eu caminhava por um atalho; atravessava uma região escarpada, o sol brilhava e tinha sob os olhos, à minha volta, um vasto panorama. Aproximei-me de uma capelinha, à beira do caminho. A porta estava entreaberta e entrei. Para meu grande espanto não havia nenhuma estátua da Virgem, ne crucifixo sobre o altar, mas simplesmente um arranjo floral magnifico Diante do altar, no chão, vi, voltando para mim, um iogue, na posição de lótus, profundamente recolhido. Olhando-o de mais perto, vi que ele tinha o meu rosto; fiquei estupefato e acordei, pensando: “Ah! Eis aquele que me medita. Ele sonha e esse sonho sou eu.” Eu sabia que quando ele despertasse eu não existiria mais. (Jung, 2012, p. 386).

O simbolismo do Sol é tão diversificado quanto é rica de contradições a realidade solar. “Manifestação da divindade. É fonte de luz, do calor, da vida” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 836). Embora cada flor possua, pelo menos secundariamente, um símbolo próprio, nem por isso a flor deixa de ser, de maneira geral, símbolo do princípio passivo. “O cálice da flor, tal como a taça, é o receptáculo da atividade celeste. Com efeito, muitas vezes a flor apresenta-se como figura-arquétipo da alma, como centro espiritual” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 437).

Já o olhar é carregado de todas as “paixões da alma e dotado de um poder mágico, que lhe confere uma terrível eficácia. O olhar é instrumento das ordens interiores: ele mata, fascina, fulmina, seduz, assim como exprime. O olhar de outrem é um espelho que reflete duas almas” (Chevalier; Gheerbrant, 1995, p. 653).

Jung, contextualiza este importante sonho após um período de enfermidade em 1944 e explica os significados encontrados no seu sonho por meio de parábolas, assim descrito:

Meu Si Mesmo entra em meditação, por assim dizer, como um iogue e medita sobre minha forma terrestre. Poder-se-ia também dizer: ele toma a forma humana para vir à existência tridimensional, como alguém que veste um equipamento de mergulhador para lançar-se ao mar. O Si Mesmo, renunciando à existência no além, assume uma atitude religiosa, como também o indica a capela na imagem do sonho. (Jung, 2012, p. 386).

Jung em sua obra se expõe, mas sempre no intuito de ser didático quanto à demonstração das relações das estruturas psíquicas em sua teoria, neste exemplo interpreta o sonho e nos oferece uma ampliação do debate do poder da *psique* construindo realidades e da grande questão, quem influencia quem?

Jung (2012) demonstra, com seus exemplos, a dinâmica psíquica que vivenciava em seu inconsciente pessoal, assim descrito: “A personagem do iogue representava, de algum modo, minha totalidade pré-natal inconsciente e o Oriente longínquo”

Ao mesmo tempo nos explica didaticamente relações das estruturas psíquicas que atuavam no sonho por meio dos símbolos, assim descrito: “Como acontece frequentemente nos sonhos – um estado psíquico oposto à consciência e que nos é estranho. Como a lanterna mágica, a meditação do iogue “projeta” também minha realidade empírica” (Jung, 2012, p. 386).

O nível de profundidade e ampliação de suas próprias dinâmicas psíquicas exemplificadas nos relatos acima são de relevante utilidade para melhor entendimento de sua teoria.

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO VELHO NO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO

Duas questões podem ser apresentadas como alternativas para melhoria da qualidade de vida do idoso, a primeira é um retorno ao significado e profundidade de sabedoria que o arquétipo do “Velho Sábio” demonstra ao longo da pesquisa.

Voltando à questão a respeito do significado da velhice, se a aldeia global fosse de fato uma tribo, como se propõe, a exemplo dos primitivos, caberia aos anciões serem os guardiões dos mistérios e das leis o que, portanto, exprime a herança cultural da tribo e valorização da velhice. Lugar de reverência e honra ao invés do ostracismo e invisibilidade.

A segunda possibilidade é a ativação de arquétipos complementares para que a energia psíquica possa estar sempre dinâmica e em movimento, é o que nos propõe Monteiro, no trecho abaixo:

Quando ativamos as dinâmicas arquetípica da criança/puer na velhice podemos nos tornar exploradores, como propôs Elliot. Isto significa que, à medida que envelhecemos, devemos cada vez mais ter a capacidade de RE-SIGNIFICAR nossas vivências, de nos RE-ENCANTAR com a vida em seu renovar dia a dia. Einstein disse que só há duas maneiras de ver a vida: uma é como se milagres não existissem; a outra é como se tudo fosse um milagre – a escolha está em nossas mãos. (Monteiro, 2008, p. 55).

Apostamos sempre na soma como forma de ampliação, assim, é a união dessas forças arquetípicas a via mais acertada. Como nos fala Monteiro (2008, p. 55) “ativar as dinâmicas arquetípicas da criança, é uma das possibilidades que temos de chegar na reta final da vida crendo no milagre de viver”.

Quando se amadurece, se está experimentando o “Velho Sábio” de alguma forma, na maioria das vezes que se enrijece diante de um desafio ou dificuldade as pessoas estão vivendo o Senex. Essa convivência, reconhecimento ou aproximação com a experiência arquetípica em várias fases da vida nos levaria à uma integração dessa sabedoria, levando as pessoas a uma convivência menos resistente e discriminatória, distinta da indiferença, inconsciência e repressão que os dias atuais tratam o tema velhice.

Pereira e Rosa (2018) orienta que ultrapassar os limites que o corpo e os anos são desafios, investir na espiritualidade, buscar uma valorização do sagrado, no belo, na justiça e do equilíbrio, no bem-estar de todos por meio das memórias e da sabedoria, ajuda os idosos a encontrar sentido na vida e na morte e a ganhar em ajustamento pessoal.

Ao direcionar sua atenção aos próprios sonhos no processo da psicoterapia de Análise Junguiana, o idoso pode assumir não só uma postura de maior atenção e cuidado consigo mesmo, mas, principalmente, pode “afinar” seu ouvido ao diálogo interno com o seu inconsciente. Assim, como orientações do Guia de Saúde do Idoso sugerem como atividades: “manter diário de sonhos, fazer uma viagem, estudar a natureza, investigar antigos mitos e religiões, cultivar novos jardins, desenvolver novos relacionamentos” (Pereira; Rosa, 2018, p. 34).

Um lugar especial era reservado ao Velho e atribuído uma conexão transcendente ao seu sonho, conforme descreve Delaney:

Os anciãos e curandeiros das tribos norte-americanas e siberianas tinham o poder de determinar o significado dos sonhos e prescrever a ação a ser tomada contra os que eram desfavoráveis. A autoridade desses interpretes provinha de sua experiência com os sonhos e a tradição tribal. (Delaney, 2001, p. 28).

Autoridade, sabedoria, mistério, conexão com forças da natureza, decisão e segurança eram características esperadas dos anciões das tribos, tais atributos garantiram durante centenas de anos o direcionamento das tribos rumo à adaptação e sobrevivência. Propomos assim, um resgate deste lugar especial para nossos velhos na contemporaneidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que, como toda a etapa do desenvolvimento humano, o envelhecer também abrange desafios, prejuízos e vitórias, e que, por este motivo, possibilita uma forma diferente de contemplar o mundo, principalmente, ao experimentar a finitude em sua dimensão simbólica, chamando a urgente necessidade de se compreender o mundo não apenas com o intelecto, mas com o coração. O envelhecimento tem várias dimensões, não deve ser entendido apenas dentro de uma única perspectiva, pois o ser humano é multidimensional.

Os símbolos e arquétipos identificados nos sonhos expressos por meio do simbolismo de cada *psique* velha demonstraram a força da energia psíquica que esta fase da vida também reserva, ficam evidente nos sonhos também a presença dos arquétipos do Velho Sábio e outros símbolos de transcendência.

A atenção integral à saúde pelo Sistema Único de Saúde é fundamental para promoção da qualidade de vida e saúde do velho e inclusive está garantida no Estatuto do Idoso. As condições de saúde e os fatores ambientais exercem influência nas atividades de vida diária de idosos. A saúde dos velhos não depende simplesmente da presença ou ausência de doença, mas do estado emocional, hábitos de vida (fumo, dieta, atividades físicas, lazer, etc.), fatores sociais (família, amigos, etc.) e fatores econômicos (bens materiais, aposentadoria, etc.).

O envelhecimento ativo pode ser mais saudável que a ausência de doenças. A promoção da saúde é o conjunto de medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima, promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como hábitos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Para poder trazer alguma contribuição para sempre se buscar o Velho Sábio na terceira idade, deve-se procurar uma série de possibilidades, mas, a detecção de arquétipos e símbolos, com o estudo dos sonhos, pode contribuir, de maneira significativa, para a ressignificação da vida dos idosos, aumentando, desse modo, a sua qualidade de vida e o fortalecimento dos seus laços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. IBGE. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alain. **Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números**. 9. ed. – Rio de Janeiro, José Olympio, 1995.

- DELANEY, Gayle. **O livro de ouro dos sonhos - o real significado dos sonhos como interpretá-los**. 3 ed. Rio de Janeiro. Ediouro, 2001.
- HALL, Calvin S.; NORDBY, Vernon J. **Introdução à Psicologia Junguiana**. São Paulo: Cultrix, 1972.
- HALL, James A. **Jung e a interpretação dos sonhos – Manual de teoria e prática**. 9 ed. São Paulo: Cultrix, 1993.
- HOLLIS, James. **Mitologemas: encarnações de um mundo invisível**. São Paulo: Paulus, 2005.
- JUNG, Carl Gustav. **A Natureza da psique**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.
- JUNG, Carl Gustav. **O desenvolvimento da personalidade**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- JUNG, Carl Gustav. **Civilização em transição**. 2 ed. Petrópolis. Vozes, 2000.
- JUNG, Carl Gustav. **Memórias, sonhos e reflexões**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 2012.
- JUNG, Carl Gustav. **Arquétipos e o inconsciente coletivo**. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- JUNG, Carl Gustav. **O Homem e seus símbolos**. 3 ed. Rio de Janeiro. Harper Collins Brasil. 2016.
- MONTEIRO, Dulcinéia, M. R. **Puer-Senex: Dinâmicas relacionais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- PEREIRA, Adriane M. V. B.; ROSA, Amélia C. S. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba: SESA, 2018.
- SHAMDASANI, Sonu. **Jung e a construção da psicologia moderna: o sonho de uma ciência**. São Paulo: Ed.Ideias & Letras, 2005.
- SILVEIRA, Nise. **Jung Vida e Obra**. 9 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1981.
- VON FRANZ, Marie-Louise. JAFFÉ, Aniela; ROHN, Liliane F.; **A morte à luz da psicologia**. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 1995.
- VON FRANZ, Marie-Louise. **O Caminho dos Sonhos**. 10 ed. Cultrix,1996.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: BENEFÍCIOS DA ARTETERAPIA NO CUIDADO, PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E INCLUSÃO SOCIAL DO IDOSO

Elizabete Adelaide da Silva¹

A beleza dos idosos está em cada marca e cicatriz que carregam pelas experiências e desafios superados na vida. - Autor desconhecido.

INTRODUÇÃO

Evidências apontam que o envelhecimento populacional é um fenômeno global decorrente dos avanços médicos e da melhoria das condições de vida. Com o aumento da expectativa de vida, torna-se essencial promover ações que assegurem um envelhecimento saudável e com qualidade de vida para os idosos. Nesse contexto, as Práticas Integrativas em Saúde surgem como uma abordagem promissora, demonstrando eficácia na promoção do bem-estar físico e emocional dessa população.

As Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde foram introduzidas para atender a princípios orientadores, visando prevenir agravos e promover a recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre ser humano, meio ambiente e sociedade.

Por conseguinte, este estudo contou com uma revisão de literatura sobre a importância das Práticas Integrativas em Saúde, direcionando o foco para a Arteterapia² e seus benefícios para a saúde do idoso. A pesquisa incluiu busca e análise de artigos científicos, livros, dissertações, teses, documentos oficiais e publicações internacionais, em bases como PubMed, Scielo, Google Scholar, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), além de repositórios de teses e dissertações de instituições de ensino.

1 Arteterapeuta. Pós-Graduada em Arteterapia, Educação e Saúde; Pós-Graduada em Musicoterapia com ênfase em Práticas Integrativas na área da Saúde (Especialização). Graduada em Estudos Sociais com habilitação em História (Licenciatura Plena pela UPIS/DF). Servidora pública da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. E-mail: betaadelaide@hotmail.com.

2 A grafia iniciada por maiúscula designa a Arteterapia como área científica, de pesquisa, e profissional.

UM PANORAMA SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR NA “MELHOR IDADE”

O processo de envelhecimento é caracterizado pela acumulação de danos moleculares e celulares, resultando em uma perda gradual das reservas fisiológicas, aumento do risco de doenças e declínio funcional (Teixeira, 2010; Camargo, 2019). No entanto, mudanças associadas ao envelhecimento não seguem um padrão, e podem ser influenciadas por fatores externos, como estilo de vida, acesso à saúde, cuidado e autocuidado.

Silva, Silva e Portela (2022a, p. 237-250), ao falarem sobre a importância do cuidado em “Arteterapia: uma introdução à pedagogia das Terapias expressivas a serviço do cuidado e da humanização na área da saúde”, enfatizam que, a Arteterapia, além de ser uma abordagem clínica que proporciona autoconhecimento, por meio de materiais expressivos, promove também outras atividades lúdicas, em socializações, que impacta significativa e positivamente, no autocuidado e bem-estar ao indivíduo.

Com a mudança na expectativa de vida, organismos internacionais em saúde destacam a importância das políticas públicas voltadas ao suporte de um envelhecimento mais saudável (United Nations, 2019).

No auxílio da prevenção de doenças causadoras da neurodegeneração progressiva, é essencial que os idosos consigam libertar tensões e preocupações. A Arteterapia, nesse sentido, oferece suporte de abordagem terapêutica que proporciona ludicidade, prazer e alegria, elementos fundamentais na conservação da saúde mental e emocional (BVS, 2011).

Ao engajar-se em atividades artísticas, os idosos têm a oportunidade de expressar suas emoções de forma criativa, o que pode reduzir o estresse e a ansiedade, contribuindo para a prevenção de condições neurodegenerativas como a demência e o Alzheimer (Silva e Silva, 2022b, p. 21-34).

Nesse sentido, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria n. 971 do Ministério da Saúde, em 4 de maio de 2006, representa um marco importante na inclusão de práticas auxiliares no Sistema Único de Saúde. As Práticas Integrativas abrangem uma variedade de terapias que busca integrar saberes tradicionais e científicos, ampliando as opções existentes de tratamentos disponíveis à população.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) reflete um movimento global de valorização das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), destacando-se pelo esforço do Sistema Único de Saúde (SUS), em promover abordagem integral de atendimento. Nesse sentido, a Arteterapia, inserida no bojo das ações dessa política pública, destaca-se na utilização da expressão artística como

meio terapêutico, possibilitando aos idosos expressarem sentimentos, memórias, experiências e a se exercitarem, de forma criativa e segura.

Nas últimas décadas, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) têm sido fortemente incentivadas por entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS) para serem implementadas na Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Esse apoio visa alcançar objetivos setoriais de expansão, acesso e qualidade dos serviços, oferecendo terapias diversificadas e humanizadas nas comunidades locais por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2006).

Nesse sentido, desde a Política Nacional do Idoso, estabelecida pela Lei n. 8.842 de janeiro de 1994, enfatiza-se a importância de ações que promovam a saúde e o bem-estar dos idosos. Neste contexto, a inclusão da Arteterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), incluída pela Portaria Ministerial GM/MS n. 702 (Brasil, 2018), alinha-se aos princípios dessa política de atendimento, oferecendo abordagem holística e humanizada no cuidado da população idosa.

Na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, elas são oferecidas pelas UBSs, policlínicas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais. Dentre as atividades de integração e promoção da saúde oferecidas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal: a Acupuntura; Arteterapia; Automassagem; Fitoterapia; Hatha Yoga; Homeopatia; Lian Gong; Medicina e Terapias Antroposóficas; Meditação; Musicoterapia; Reiki; Shantala; Tai Chi Chuan Terapia Comunitária Integrativa; Ayurveda; Laya Yoga e Técnica de Redução de Estresse (T.R.E), dentre outras (Silva e Silva, 2022b, p. 21-34).

Conforme Carvalho (2011), a expressão humana é canalizada por meio da arte, que atua como ferramenta simbólica de comunicação, originada tanto da intuição quanto da observação do consciente, das emoções e do conhecimento, do talento, da habilidade técnica e da criatividade. Nesse sentido, a expressividade na Arteterapia envolve o uso da arte como ferramenta terapêutica para a expressão e exploração de pensamentos e experiências, emoções e também da espiritualidade.

Logo, nas diversas formas de expressão artística, percebe-se que o paciente organiza seu mundo interior e o comunica por meio de simbolismos (na forma de uma obra de arte). Nesse contexto, conforme Silva e Silva (2024, p. 170) no texto “A Simbologia da Água na Arteterapia: Explorando Conexões Terapêuticas e Significações Espirituais”, em qualquer grau de envolvimento em uma apresentação artística, “o indivíduo pode colher benefícios terapêuticos, pois a arte desempenha papel fundamental na capacidade do ser humano de compreender e modificar o mundo, situar-se nele e se envolver com elementos mágicos intrínsecos”.

No mesmo sentido, Andrade (2000) afirma que “a arte é notória por desempenhar funções simbólicas, criando representações que são “substitutas da vida”, e nunca meras descrições da realidade”. Por meio da arte, o ser humano

consegue se expressar e, ao mesmo tempo, atribuir significados à sua existência, na busca por equilíbrio com o mundo ao seu redor, pois a arte revela-se numa conexão profunda entre o ser humano e o universo.

De acordo com Pereira e Pinto (2008), “ao integrar a Arteterapia nas estratégias de atenção à saúde do idoso, promove-se um envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando significativamente a qualidade de vida dessa população”. Isso ocorre porque “a Arteterapia é uma abordagem terapêutica que utiliza técnicas artísticas, como pintura, música, escultura e dança, para promover a expressão criativa e a comunicação não verbal” (Brasil, 2015; 2017).

Como resultado, estudos têm mostrado que a Arteterapia traz benefícios significativos para a qualidade de vida, ao incentivar a expressão criativa e contribuir para o desenvolvimento motor, o raciocínio e as relações afetivas.

Conforme apontam Silva, Silva e Portela (2023a, p. 39-54) no texto “Arteterapia: Criatividade e Expressividade na Promoção do Bem-Estar”, a participação de idosos em grupos de convivência é extremamente importante, por que esses grupos associam a convivência à saúde mental e física, pois os encontros proporcionam oportunidades para que os idosos compartilhem angústias, tristezas, temores, alegrias, afetos e conhecimentos. Dessa forma, por meio da solidariedade e ajuda mútua, fomenta-se um contexto ideal para a promoção da redução de sentimentos de medo, insegurança e depressão, auxiliando na lida com a passagem do tempo e o envelhecimento.

Quanto ao afeto, conforme relatam Silva e Silva (2023b, p. 185) no texto “Memórias Afetivas na Arteterapia”, ao discorrerem sobre os processos que envolvem o uso da criação artística como ferramenta terapêutica para explorar e expressar emoções, pensamentos e memórias, “as memórias afetivas são fundamentais nas terapias, pois as emoções estão intrinsecamente ligadas a experiências profundas, que podem influenciar a forma como as pessoas se relacionam consigo mesmas e com os outros”.

Por conseguinte, de acordo com Wichmann *et al.*, (2013), nas atividades das Práticas Integrativas em Saúde, os idosos doam e recebem afeto, conversam com amigos e trocam as experiências de vida, fazem novas e boas amizades.

BENEFÍCIOS DA ARTETERAPIA PARA IDOSOS

A ciência descreve as coisas como são; a arte, como são sentidas, como se sente que são. – Fernando Pessoa.

Utilizando recursos da História, da Arte, da Psiquiatria e das bases psicanalíticas de Sigmund Freud, mas principalmente os conceitos de imagem e símbolo amplamente estudados e divulgados por Carl Gustav Jung a partir

de meados do século XX, as pioneiras Margaret Naumburg e Edith Kramer se destacaram como precursoras no uso de atividades artísticas como modelo terapêutico na área educacional e clínica (Silva, Silva e Portela, 2022a, p. 239; Silva e Silva, 2022c, 228-238).

Nesse sentido, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), o processo de envelhecimento vem acompanhado por transformações biopsicossociais que exigem adaptações e mudanças nas relações pessoais e familiares. Atividades artísticas que envolvem o uso das mãos, como pintura, desenho e escultura, podem melhorar a destreza manual e a coordenação motora fina, auxiliando idosos a manterem a independência em suas atividades diárias, pois a prática regular dessas atividades ajuda a preservar a funcionalidade física e a autonomia dos idosos.

De acordo com Guedes (2011), trabalhos realizados em grupos coletivos, o desenvolvimento de novas amizades, o início de novos laços afetivos e os trabalhos manuais são ressignificados pela Arteterapia, de ação terapêutica, de forma surpreendente, porque, dentre outros benefícios, os idosos se esquecem, por momentos, das dores e problemas, quando em contato com o lúdico (Guedes, 2011).

No mesmo sentido, estudo realizado por Wichmann *et al.*, (2013), no Brasil e na Espanha, evidenciou que a população “mais idosa”, a partir de 80 anos, está aumentando consideravelmente, alterando composições etárias dentro dos seus contextos, fenômeno percebido em ambos os países. Com o avançar da idade, ocorre uma tendência natural ao isolamento. Nesse contexto, atividades arteterapêuticas promovem socialização e construção de redes de apoio entre idosos, porque as sessões de Arteterapia em grupo oferecem oportunidades para que os participantes interajam, compartilhem suas obras e experiências, construam novos relacionamentos.

Conforme Freitas *et al.*, (2020), o aspecto social é fundamental para combater a solidão e o isolamento social, problemas que afetam muitos idosos e que podem ter impactos negativos na saúde física e mental dos mesmos.

Por conseguinte, a Arteterapia facilita a interação entre os idosos e a comunidade ao redor, e, dessa forma a inclusão social promovida é fundamental para que eles se sintam valorizados, sintam-se ainda partes integrantes da sociedade, fortalecendo laços interpessoais e comunitários (OMS, 2015).

Nos estudos de Kim (2013), realizados nos Estados Unidos, Brasil, Espanha e Coreia, envolvendo um total de 739 idosos, ficou evidenciado que a Arteterapia é eficaz, pois promove o bem-estar e um envelhecimento saudável, ao estimular emoções positivas, autoestima e, por consequência, melhora na qualidade de vida, com redução da ansiedade e de sentimentos negativos.

Isso ocorre porque a Arteterapia promove o bem-estar dos idosos ao integrar exercícios físicos de relaxamento com atividades emocionais, cognitivas

e sociais. Utilizando práticas lúdicas e criativas, ela auxilia no envelhecimento saudável e ativo. A participação em atividades artísticas oferece um senso renovado de propósito e realização, elevando a satisfação com a vida.

O estudo de Ima e Lee (2014) apresentou como instrumento de intervenção os efeitos da arte e da musicoterapia em casos clínicos de depressão e função cognitiva dos idosos, evidenciando que tanto os meios manuais artísticos, quanto a música, foram eficazes na redução do nível de depressão nesses indivíduos.

A Arteterapia também contribui para a estimulação cognitiva dos idosos, pois atividades que envolvem criação artística exigem concentração, planejamento e resolução de problemas, o que pode ajudar a manter e até melhorar as funções cognitivas. Nesse sentido, a prática regular de atividades arteterapêuticas pode auxiliar a retardar o declínio cognitivo associado ao envelhecimento, ajudando a preservar a memória, a atenção e outras habilidades cognitivas importantes.

Dessa forma, um dos principais benefícios da Arteterapia é a melhora da saúde emocional, e, conseqüentemente, mental dos idosos. A expressão artística proporciona um canal seguro e construtivo para a externalização de emoções e sentimentos, aliviando sintomas de tristeza, comuns na terceira idade. Conforme Ima e Lee (2014), a Arteterapia também permite aos idosos lidar melhor com o luto da transição para novas fases da vida, seus estudos mostram que a prática artística regular está associada a uma melhoria significativa no humor e no bem-estar geral dos participantes.

Também a pesquisa realizada por Weiss (1989) observou que a maior parte dos idosos que desenvolvem atividades arteterapêuticas melhora no uso de elementos de composição artística, causando aumento na socialização e autoestima.

O estudo de Guedes (2011) evidenciou-se que os trabalhos manuais fortalecem a autoimagem das idosas, por meio da concretização dos trabalhos, minimizando os eventuais impactos decorrentes do envelhecimento, ao permitir o surgimento, a descoberta das habilidades artísticas e o seu aprimoramento.

Em conjunto com a Arteterapia, a Musicoterapia desempenha papel fundamental na saúde emocional dos idosos. A música pode evocar memórias positivas, proporcionando conforto emocional, criando ambiente terapêutico agradável, onde eles podem explorar e expressar suas emoções de múltiplas maneiras (Ruud, 1990; Sacks, 2008; Silva e Silva, 2022a, p. 21-34).

Nesse sentido, a prática arteterapêutica, pura ou conjugada, individual ou em grupo, aplicada às atividades com idosos demonstra eficácia no resgate de habilidades esquecidas e memorização, promovendo mudança na qualidade de vida, com a melhora da autoestima, pois a pessoa passa a ter mais atenção ao trabalhar suas memórias afetivas. A socialização, por meio da cultura do encontro, promove inclusão e conseqüente bem-estar físico e mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura destaca a Arteterapia como uma abordagem flexível, acessível e eficaz na promoção da saúde e bem-estar de idosos. Utilizando a expressão criativa e terapêutica, as atividades arteterapêuticas permitem que os idosos enfrentem os desafios do envelhecimento, descobrindo novos significados e satisfação em suas vidas.

As pesquisas revisadas revelam os diversos benefícios que a Arteterapia oferece à população idosa, tanto por meio do acompanhamento clínico individualizado quanto pela promoção da cultura do encontro, socialização e inclusão social. A abordagem arte-terapêutica contribui significativamente para um envelhecimento saudável, melhorando o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. Os benefícios emocionais e cognitivos são potencializados porque a Arteterapia ajuda a fortalecer os laços sociais entre os participantes. Durante as sessões em grupo, os idosos têm a oportunidade de compartilhar suas produções artísticas e vivências, reduzindo o isolamento social, por meio do reforço da participação ativa.

É essencial ressaltar a importância de promover mais pesquisas, discussões e publicações entre os profissionais de Arteterapia e Práticas Integrativas em Saúde. Essas atividades são cruciais para entender, divulgar e expandir os efeitos da Arteterapia na qualidade de vida dos idosos, contribuindo para o desenvolvimento e a criação de políticas públicas mais eficazes e fortalecimento das Práticas. Fomentar a colaboração interdisciplinar e o intercâmbio de experiências entre pesquisadores e profissionais pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e inovadoras, garantindo que os idosos tenham acesso efetivo à inclusão e cuidados.

É imprescindível que as políticas públicas e as iniciativas disponham de recursos financeiros, humanos e de infraestrutura, para assegurar que as práticas sejam efetivas, eficazes e verdadeiramente inclusivas.

Por fim, a Arteterapia pode ser especialmente útil na recuperação de estados graves de saúde, proporcionando suporte emocional e psicológico que complementa os tratamentos médicos convencionais. Além disso, as Práticas Integrativas em Saúde desempenham um papel essencial na prevenção de doenças, promovendo a educação em saúde e o bem-estar. Abordagens preventivas melhoram a qualidade de vida e ajudam a evitar a sobrecarga do sistema de saúde, reduzindo as internações e a ocupação de leitos hospitalares.

Dessa forma, promover o bem-estar por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde contribui para um sistema de saúde mais sustentável, beneficiando tanto os indivíduos quanto a sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Liomar Quinto. **Terapias expressivas**. São Paulo: Vector, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 971, de 4 de maio de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 5, Mai. 2006.
- BRASIL. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Lei n. 8.842, de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 1ª edição. Brasília. Reimpresso em maio de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PNPIC-SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União, 22 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Políticas públicas de saúde e seus efeitos na promoção do bem-estar do idoso**. Brasília: BVS, 2011.
- CAMARGOS, M.C.S. **Envelhecimento populacional no Brasil: desafios e consequências sociais**. Revista Kairós Gerontologia, 2019, p. 23-43.
- CARVALHO, L. **Potencialidades criativas simbólicas dos mediadores artísticos**. Manual de Teoria e Técnica da Arte-Terapia/Psicoterapia. SPAT. Lisboa, 2011.
- FREITAS, Ana Zuli Vidal Moreira de.; VASCONCELOS, Ana Karina Moreira de.; SILVA, Rênnis Oliveira da.; COSTA E SILVA, Suzanne Pinheiro; DALLE PIAGGE, Carmem Silvia Laureano; CAVALCANTI, Yuri Wanderley.
- A arteterapia influencia na qualidade de vida da pessoa idosa? Revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11. ISSN: 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10329>. Acesso em: 18, mai. 2024.
- GUEDES, M. H. M., Guedes, H. M., & Almeida, M. E. F. Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2011, p. 731-742.
- IMA, M. L., LEE, J. I. Effects of art and music therapy on depression and

- cognitive function of the elderly. **Technol and Health Care**, 2014, p. 453-458. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/THC-140803>. Acesso em: 18, mai. 2024.
- KIM, S. K. A randomized, controlled study of the effects of art therapy on older Korean-Americans' healthy aging. **The Arts in Psychotherapy**, 2013, p. 158-164. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.11.002>. Acesso em: 17, mai. 2024.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, 2015.
- PEREIRA, A. P. S.; PINTO, M. E. B. **Bem-estar subjetivo em Idosos Institucionalizados**. III Encontro de bolsistas do programa de apoio a ações afirmativas para a inclusão social. Londrina, 2008.
- PHILIPPINI, Ângela. **Cartografias da Coragem. Rotas em Arte-terapia**. Rio de Janeiro: Pomar, 2000.
- RUUD, Even. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.
- SACKS, Oliver. **Musicofilia**. Lisboa, Relógio D' Água, 2008.
- SILVA, Elizabete Adelaide da.; SILVA, Dirce Maria da. A Musicoterapia no Tratamento da Doença de Alzheimer. p. 21-34. In: **Perspectivas em saúde, educação e trabalho na atualidade**. Organizadores: Gênesis Guimarães Soares, Raquel Silva Barretto, Augusto César Soares da Cunha. Itapiranga: Schreiben, 2022. 127 p. ISBN: 978-65-89963-73-8; DOI: 10.29327/562718.
- SILVA, Elizabete Adelaide da.; SILVA, Dirce Maria da.; PORTELA, Eunice Nóbrega. Arteterapia: uma introdução à pedagogia das Terapias expressivas a serviço do cuidado e da Humanização na área da saúde, 237-250. In: **Educação em movimento: transformações e desafios na contemporaneidade**. Volume 1. Organizadoras: Eunice Nóbrega Portela [et al.]. Itapiranga: Schreiben, 2022a. 280 p. EISBN: 978-65-5440-049-7; DOI: 10.29327/586121.
- SILVA, Elizabete Adelaide da.; SILVA, Dirce Maria da. A musicoterapia no tratamento da doença de Alzheimer, p. 21-34. In: **Perspectivas em saúde, educação e trabalho na atualidade**. Organizadores: Gênesis Guimarães Soares, Raquel Silva Barretto, Augusto César Soares da Cunha. Itapiranga: Schreiben, 2022b. 127 p. ISBN: 978-65-89963-73-8; DOI: 10.29327/562718.
- SILVA, Elizabete Adelaide da.; SILVA, Dirce Maria da. A Importância da Arteterapia nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, p. 228-238. In: **O ensino e a educação brasileira: saberes e partilhas**. Organizadores: Daniela Simone de Azevedo, Claudimir José da Silva, Camila Beltrão Medina, Bruna Beatriz da Rocha, Rebeca Freitas Ivanicska. Itapiranga: Schreiben, 2022c. 289 p. EISBN: 978-65-89963-91-2; DOI: 10.29327/565734.
- SILVA, Elizabete Adelaide da.; SILVA, Dirce Maria da.; PORTELA, Eunice Portela. Arteterapia: Criatividade e Expressividade na Promoção do Bem-Estar, p. 39-54. In: **Sociedade, educação e saúde: pilares em (re) construção**:

volume 1. Organizadoras: Eunice Nóbrega Portela [*et al.*]. Itapiranga: Schreiben, 2023a. 233 p.; EISBN: 978-65-5440-109-8; DOI: 10.29327/5212452.

SILVA, Elizabete Adelaide da.; SILVA, Dirce Maria da Silva. Memórias Afetivas na Arteterapia, p. 185. In: **Memórias literárias: o poder da leitura e da escrita.** Organizadoras: Dirce Maria da Silva [*et al.*]. Itapiranga: Schreiben, 2023b. 240 p. EISBN: 978-65-5440-177-7; DOI: 10.29327/5316492.

SILVA, Elizabete Adelaide da.; SILVA, Dirce Maria da. A simbologia da água na Arteterapia: explorando conexões terapêuticas e significações espirituais. p. 161-176. In: **Espiritualidade na literatura: estudos comparados e representações sociais.** Organizadoras: Marina Arantes Santos Vasconcelos, Dirce Maria da Silva. Itapiranga: Schreiben, 2024.310 p.

TEIXEIRA, A. L. Bases celulares e moleculares do envelhecimento. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2010, 56(6), 660-667.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects 2019: Highlights.** Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations, 2019.

WEISS, W.; SCHAFFER, D. E.; BERGHORN, F. J. Art for institutionalized elderly. **Journal of the AATA**, 6(1), 10-17, 1989.

WICHMANN, F. M. A., COUTO, A. N., AREOSA, S. V. C., MONTAÑÉS, M. C. M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2013, 16(4):821-832. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>. Acesso em: 15 mai. 2024.

GESTÃO DO RESÍDUO INFECCIOSO NA MATERNIDADE DO CENTRO DE SAÚDE 17 DE SETEMBRO – QUELIMANE

Benilde De Oliveira¹

Cátia Zomane²

Martha Favor³

Judite Gimo⁴

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira – ANVISA (2006), com os novos padrões de consumo da sociedade moderna, a produção de resíduos vem crescendo continuamente mais que a capacidade de absorção da natureza. Isso tem-se notado no aumento da produção e concepção dos produtos (alto nível de descartabilidade dos bens consumidos) e nas características não degradáveis dos resíduos gerados.

Os resíduos infecciosos são aqueles que podem causar danos as pessoas e ao meio ambiente por isso devem ser geridos e contidos para que se evite a propagação de infecção, toxinas e poluentes, sendo estes considerados tóxicos, com grande potencial nocivo a saúde humana podendo causar lesões dermatológicas, câncer, patologias neurológicas e no fígado. Para que nada fuja do esperado, o confinamento e transporte devem ser realizados de maneira totalmente segura, desta forma, a natureza e os seres humanos não serão infectados por agentes perigosos (Antunes, 2011).

A gestão de resíduos infecciosos nas maternidades é um aspecto crucial das operações de saúde, uma vez que impacta directamente na segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, além da comunidade em geral e

1 Licenciada em Administração Hospitalar pela Universidade Católica de Moçambique; benildedeoliveira@gmail.com.

2 Mestranda em Saúde Pública e Licenciada em Administração e Gestão Hospitalar pela Universidade Católica de Moçambique. czomane@ucm.ac.mz.

3 Mestre e Licenciada em Gestão de Recursos Humanos Universidade Católica de Moçambique – mfavor@ucm.ac.mz.

4 Mestre em Saúde Pública e Licenciada em Administração e Gestão Hospitalar pela Universidade Católica de Moçambique. jgimo@ucm.ac.mz.

do meio ambiente. O manuseio adequado e a disposição de resíduos infecciosos gerados em maternidades são essenciais para evitar a propagação de doenças, proteger a saúde pública e garantir a sustentabilidade dos nossos ecossistemas.

Em Moçambique, de acordo com o regulamento sobre a gestão de lixo biomédico (2003), considera-se resíduos infecciosos aos resíduos anatómicos, perfuro cortantes e quaisquer outros que tenham entrado em contacto com tecidos humanos, sangue ou fluídos de corpo humano e animal.

A gestão adequada de resíduos infecciosos é um desafio fundamental para garantir a segurança e a saúde tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes em ambientes hospitalares. No contexto específico de uma maternidade, a preocupação com a gestão adequada de resíduos assume uma importância ainda maior, devido à sensibilidade e vulnerabilidade das gestantes, recém-nascidos e suas famílias.

É com base nos pressupostos acima arrolados que questionamos: *Como é feita a gestão do resíduo infeccioso produzido na maternidade do centro de saúde 17 de Setembro – Quelimane?*

1.1. Breve contextualização sobre a gestão do resíduo infeccioso

Actualmente as unidades sanitárias, enfrentam inúmeras dificuldades em relação à gestão de resíduos infecciosos. Os serviços de maternidade vêm registrando fraco treinamento por parte dos profissionais de saúde dessa área e vem sendo uma ameaça no processo de gerenciamento dos resíduos infecciosos. A correcta segregação, colecta, armazenamento e descarte de resíduos infecciosos requer conhecimento técnico específico e a adopção de práticas seguras.

Resíduo infeccioso é qualquer tipo de resíduo que tenha entrado em contacto com tecidos humanos, sangue ou fluídos de corpo humano e animal. Os resíduos infecciosos podem ser designados como resíduos contaminados, patológicos, bio prejudiciais (Moçambique, 2003).

Resíduos infecciosos são resíduos resultantes de actividades médico-assistenciais e de pesquisa produzido nos estabelecimentos assistenciais de saúde humana ou animal, composto por materiais biológicos ou perfuro-cortantes contaminados por agentes patogénicos, que apresentem ou possam apresentar riscos potenciais à saúde pública ou ao meio ambiente (Júnior, 2003).

O sistema de gestão de resíduo infeccioso em algumas unidades sanitárias vem enfrentando dificuldades, onde os resíduos são tratados em uma cova de aproximadamente 1.5m no recinto da unidade sanitária, através de um processo de queima, contrariando os pressupostos nacionais e internacionais de Gestão dos Resíduos Sólidos Hospitalares (GRSH) pois esses procedimentos podem contaminar o meio ambiente (água subterrânea, solo e ar) assim como prejudicar

a saúde pública, dos moradores circunvizinhos e dos próprios funcionários nessa unidade sanitária quando inalam constantemente a fumaça libertada durante o processo da queima.

1.2 Resíduos

Em Moçambique, segundo o Decreto 13/2006, de 15 de Junho, que regulamenta a gestão de resíduos em Moçambique, resíduos são todas substâncias ou objectos que se eliminam, que se tem intenção de eliminar ou que se é obrigado por lei a eliminar, também designado por lixo.

Segundo Cruz (2005) o conceito de resíduos sólidos nos tempos remotos era muito diferente do actual. Não deixava, no entanto, de se identificar com os restos das actividades humanas. Conforme o valor que lhes era conferido, o seu encaminhamento era no sentido da eliminação ou da valorização através de comida para animais ou adubação do solo.

O conceito de “lixo” pode ser considerado como uma invenção humana, pois em processos naturais não existe lixo. As substâncias produzidas pelos seres vivos e que são inúteis ou prejudiciais para o organismo, tais como as fezes e urina dos animais, ou o oxigénio produzido pelas plantas verdes como subproduto da fotossíntese, assim como os restos de organismos mortos são, em condições naturais, reciclados pelos decompositores. Por outro lado, os produtos resultantes de processos geológicos como a erosão, podem também, a uma escala de tempo geológico, transformar-se em rochas sedimentares (Franco, 2000 citado por Luiz et al, 2010).

1.3 Resíduos infecciosos

Resíduo infeccioso é qualquer tipo de resíduo que tenha entrado em contacto com tecidos humanos, sangue ou fluídos de corpo humano e animal. Os resíduos infecciosos podem ser designados como resíduos contaminados, patológicos, bio prejudiciais (Moçambique, 2003).

Resíduos infecciosos são resíduos resultantes de actividades médico-assistenciais e de pesquisa produzido nos estabelecimentos assistenciais de saúde humana ou animal, composto por materiais biológicos ou perfuro-cortantes contaminados por agentes patogénicos, que apresentem ou possam apresentar riscos potenciais à saúde pública ou ao meio ambiente (Junior, 2003).

Segundo Vieira (2013), a periculosidade de um resíduo é definida como a característica apresentada por um resíduo que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou infecto-contagiosas, pode apresentar:

- a) Risco à saúde pública, provocando ou acentuando, de forma

significativa, um aumento de mortalidade ou incidência de doenças;

b) Riscos ao meio ambiente, quando o resíduo é manuseado ou destinado de forma inadequada.

Resíduo infeccioso é qualquer tipo de lixo, que tenha entrado em contacto com tecidos humanos, sangue ou fluidos do corpo humano e animal. O lixo infeccioso pode também ser designado como lixo contaminado, lixo patológico, lixo Bio – prejudicial ou qualquer outra terminologia usada para descrever lixo infeccioso. Fazem parte desta categoria, os seguintes resíduos:

- Ligaduras, almofadas ou papel infectado com tecidos, sangue ou fluidos do corpo;
- Fraldas;
- Sacos de sangue;
- Tubos naosogástricos;
- Tubos de drenagem;
- Recipientes de esurgo;
- Sacos de drenagem;
- Seringas contaminadas.

Estes resíduos gerados, são acondicionados no recipiente amarelos ou branco, impermeáveis com tampa accionada por pedal, rótulo de “Resíduo infeccioso” e símbolo internacional de resíduos infecciosos.

1.4 Plano de Gestão dos Resíduos Hospitalares (PGRH)

PGRH é o documento que contém informação técnica sistematizada sobre as operações de recolha, transporte, armazenamento, tratamento, valorização ou eliminação de resíduos, incluindo a monitorização dos locais de descarga durante e após o encerramento das respectivas instalações, bem como o planeamento dessas operações (Moçambique, 2006).

Segundo Silva (2008) para a elaboração do PGRH deverá ser avaliado os critérios e padrões fixados por órgão ambiental que preconiza-os. O Hospital deve ter PGRH aprovados pelos órgãos fiscalizadores competentes, contemplando não apenas os factores estéticos e de controlo de infecção hospitalar, mas também considerando as questões ambientais tão importantes para a geração actual e futura.

O plano deve considerar as características e riscos dos resíduos, as acções de protecção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas administrativas e normativas para prevenir acidentes (Anvisa, 2004).

1.5 Etapas da Gestão do Resíduo Hospitalar

Anvisa, (citado por Pimentel, 2006) defende que o manuseio apropriado dos resíduos infecciosos segue um fluxo de operações que começa a partir do manuseio, que é entendido como a acção de gerenciar os resíduos, em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a segregação, até a disposição final.

1.5.1 Segregação

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos (Costa & Fonseca, 2009).

Segundo Moçambique (2003) os resíduos biomédicos deverão ser segregados de acordo com a sua periculosidade, devendo cada unidade sanitária e empresa manuseadora de resíduos dispor, no mínimo, de condições de acondicionamento para as seguintes categorias de resíduos:

- Resíduos infecciosos;
- Resíduos perfuro-cortantes;
- Resíduos anatómicos;
- Resíduos comuns;
- Outro tipo de resíduos.

Esta etapa é muito importante, pois é aí que são verificados quais resíduos poderão ser reaproveitados em procedimento de reciclagem, quais são extremamente perigosos e merecem cuidados especiais e assim, a cada tipo de resíduo será conferido o tratamento adequado (Martins, 2004).

Todo resíduo infectante, no momento de sua geração, tem que ser disposto em recipiente próximo ao local de sua geração. Os resíduos procedentes de análises clínicas, hemoterapia e pesquisa microbiológica têm que ser submetidos à esterilização no próprio local de geração (Monteiro et al. 2001).

1.5.2 Acondicionamento

Consiste no acto de embalar os resíduos segregados, em sacos, recipientes, que evitem vazamentos e resistam às acções de punctura e ruptura (Costa & Fonseca, 2009).

O procedimento mais importante no acondicionamento dos resíduos biomédicos é separar logo na origem, os resíduos infecciosos dos comuns uma vez que estes representam cerca de 10 a 15% do total dos resíduos (Monteiro *et al.*, 2001).

O uso de sacos plásticos, excepto para perfuro cortantes no processo de acondicionamento, oferece muitas vantagens sobre outros tipos de recipientes, tais

como eficiência, praticidade, redução da exposição do manipulador ao contacto directo com os resíduos e melhoria nas condições higiénicas (Naime *et al.* 2004).

Martins (2004) afirma que o acondicionamento deve ser feito em observância às normas de segurança dos profissionais de saúde que lidam directamente com o lixo, a fim de ser preservada sua saúde e integridade física.

Os resíduos perfuro-cortante devem ser acondicionados em recipientes rígidos, impermeáveis, resistentes à punctura, ruptura e vazamento. Tais recipientes devem atender à capacidade diária dos resíduos gerados, respeitando o limite de peso de cada saco (Costa & Fonseca, 2009).

1.5.3 Identificação

Os contentores de resíduos devem estar claramente identificados pela cor amarela contendo um rótulo “Lixo Infeccioso” e deverão ser timbrados com o símbolo internacional para os resíduos infecciosos abaixo indicado (Moçambique, 2003).

Os resíduos infecciosos deverão ser segregados em sacos plásticos amarelos mas na ausência desses pode se usar quaisquer outros tipos de sacos plásticos ou contentores impermeáveis timbrando com a etiqueta do lixo infeccioso (Moçambique, 2003).

1.5.4. Colecta e transporte interno

De acordo com Anvisa (2004), a colecta e transporte consiste na remoção dos resíduos do local do armazenamento até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

O transporte dos resíduos no interior das unidades sanitárias, desde o ponto da sua geração até os locais de armazenamento, tratamento e disposição deverá ser feito através de carroças ou carrinhas que tenham uma base e paredes sólidas e que sejam capazes de conter fluidos. Quaisquer derramamentos de lixo infeccioso deverão ser contidos dentro da carroça ou carrinha e o equipamento de transporte deverá ser desenhado e fabricado de modo a permitir uma lavagem e desinfecção fácil (Moçambique, 2003).

Segundo Costa & Fonseca (2009) esta etapa consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a colecta. Para o transporte interno, alguns cuidados devem ser seguidos e merecem

destaque: um deles é que o profissional da saúde responsável pelo transporte deve estar paramentado com os equipamentos de protecção individual adequados, como luva, máscara, avental e botas e outro é que o horário do transporte deve ser padrão e não pode coincidir com o horário de visitas, distribuição de roupas limpas, alimentos ou medicamentos.

O transporte interno de resíduos deve ser realizado em sentido único, com roteiro definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas.

1.6 Outras formas de tratamento dos resíduos infecciosos

1.6.1 Incineração

A incineração é um processo de queima a altas temperaturas (800 a 1400°C), na presença de excesso de oxigénio, no qual os materiais à base de carbono são decompostos, desprendendo calor e gerando um resíduo de cinzas (Monteiro *et al.* 2001).

Devem ser destinados à incineração os resíduos biológicos do tipo A1, A2, A3, A4 e A5, (como mostra na tabela abaixo) além de curativos, almofadas, espéculos descartáveis, esparadrapo, algodão, gaze, drenos, equipes, escalpes, bolsas colectoras, material de sutura, luvas, todo e qualquer material que entrar em contacto com pacientes (Fonseca, 2009).

	Tipo	Nome	Característica
Classe A	A1	Biológicos	Mistura de microorganismos e meio de cultura inoculado provenientes de laboratório clínico ou de pesquisa, vacina vencida ou inutilizada, filtro de gases aspirados de áreas contaminadas por agentes infectantes e qualquer resíduo contaminado por estes materiais.
	A2	Sangue e Hemoderivados	Sangue e hemoderivados com prazo de validade vencido ou sorologia positiva, bolsa de sangue para análise, soro, plasma e outros subprodutos.
	A3	Cirúrgico	Tecido, órgão, feto, peça anatômica, sangue e outros líquidos orgânicos resultantes de cirurgia.
	A4	Perfurantes e cortantes	Agulha, ampola, pipeta, lâmina de bisturi e vidro.
	A5	Animais contaminados	Carcaça ou parte de animal inoculado, exposto a microorganismos patogénicos, ou portador de doença infecto-contagiosa.

Fonte: (Eleutério *et al.*, 2008).

Vantagens

- Destroi qualquer material que contém carbono orgânico, incluindo os patogênicos;
- Produz uma redução importante de volume dos resíduos (80% a 95%);
- Os restos ficam irreconhecíveis e definitivamente não recicláveis;
- Permite o tratamento dos resíduos anatómicos patológicos.

Desvantagens

- Custa duas ou três vezes mais que qualquer outro sistema;
- Supõe um elevado custo de funcionamento pelo consumo de combustível (sobretudo se for carregado com resíduos perigosos com alto teor de humidade);
- Necessita de constante manutenção.

1.6.2 Autoclavagem

Trata-se de um sistema de alimentação que conduz os resíduos até uma câmara estanque onde é feito vácuo e injectado vapor de água (entre 105 e 150°C) sob determinadas condições de pressão. Os resíduos permanecem nesta câmara durante um determinado tempo até se tornarem estéreis, havendo o descarte da água por um lado e dos resíduos pelo outro. Originalmente utilizado na esterilização de material cirúrgico (Monteiro *et al.* 2001).

Vantagens

- Alto grau de eficiência e simples de operar;
- É um equipamento conceitualmente similar a outros normalmente utilizados em estabelecimentos de saúde (autoclaves para esterilização).

Desvantagens

- Não reduz o volume dos resíduos tratados;
- É necessário utilizar recipientes ou bolsas termo-resistentes que têm custos relativamente elevados;
- Os materiais perfuro cortante permanecem com suas características originais.

1.6.3 Fossas especiais

Além dos métodos de tratamento acima, há ainda a queima de resíduos hospitalares em “fossas especiais” que é recomendada em unidades de saúde localizadas para as zonas rurais, com características apropriadas e com baixa densidade populacional. Essas fossas devem ter dimensões específicas e ser revestidas de argila, cimento ou outro material impermeável. Este método não deve ser utilizado quando a composição dos resíduos contiver um alto teor de agulhas e seringas (Figueiredo *et al.* 2013).

1.6.4 Disposição final

Consiste na disposição definitiva de resíduos no solo ou em locais previamente preparados para recebê-los. Para Anvisa (2006), as formas de disposição mais usadas são:

- Aterro sanitário;
- Aterro controlado;
- Lixão ou vazadouro; e
- Valas.

1.6.5 Aterro sanitário

A associação brasileira de normas técnicas (ABNT) 8419, (1992) citado por Carvalho & Lanza (2006) define aterro sanitário como uma técnica de disposição de resíduos no solo, sem causar danos à saúde pública e ao meio ambiente, minimizando os impactos ambientais. Tal método utiliza princípios de engenharia para confinar os resíduos sólidos à menor área possível e reduzi-los ao menor volume permissível, cobrindo-os com uma camada de terra na conclusão de cada trabalho, ou intervalos menores, se necessário.

Aterro sanitário é um método seguro e controlado de disposição de resíduos no solo, garantindo a preservação ambiental e de saúde pública. O sistema se fundamenta em critérios de engenharia e normas operacionais específicas. Consiste basicamente na compactação dos resíduos em camadas sobre o solo devidamente impermeabilizado e no controle dos efluentes líquidos e emissões gasosas. Os resíduos devem ser cobertos diariamente, de modo a não ficar exposto (Vieira, 2013).

Os resíduos infecciosos (perfuro-cortantes e anatômicos) deverão ser destruídos através da deposição em aterro sanitário sobre supervisão técnica, aterro do material inerte depois do tratamento. Os resíduos anatômicos deverão ser destruídos através da deposição em um aterro sem tratamento sobre supervisão técnica (Moçambique, 2003).

1.6.6 Aterro controlado

Aterro controlado trata-se de um lixo melhorado que consiste na disposição dos resíduos directamente sobre o solo, com recobrimento de camada de material inerte, diariamente. Este procedimento não evita os problemas de poluição, pois carece de impermeabilização, sistemas de drenagem, tratamento de líquidos e gases (Vieira, 2013).

1.6.7 Lixão ou vazadouro

É uma forma inadequada de disposição final de resíduos, caracterizada pela sua descarga sobre o solo, sem critérios técnicos e medidas de protecção ambiental ou à saúde pública, é o mesmo que descarga a “céu aberto”. Os resíduos assim lançados acarretam problemas à saúde pública, como a proliferação de vectores de doenças (moscas, mosquitos, baratas, ratos, entre outros), geração de odores desagradáveis e, principalmente, poluição do solo e das águas superficiais e subterrâneas da gordura produzida pela decomposição da matéria orgânica contida nos resíduos (Carvalho & Lanza, 2006).

1.6.8 Fossa biológica

São recipientes estanques, destinados à recepção e tratamento avançado de águas residuais domésticas ou similares, através da combinação dos processos de decantação, digestão anaeróbia e filtração biológica aeróbia, construídas em polietileno rotomoldado, para instalação subterrânea (Nogueira *et al.* 2017).

1.6.9 Fossa séptica

Segundo Nogueira *et al.* (2001), fossa séptica é uma maneira simples e barata de disposição dos esgotos indicada, sobretudo, para a zona rural ou para residências isoladas.

1.7 Impacto da má gestão dos resíduos infecciosos

1.7.1 No meio ambiente

Os impactos ambientais causados pelos resíduos infecciosos são bem perceptíveis, quando analisadas as consequências no solo, na água e no ar, Takayanagui (1993) citado por Pimentel (2006) afirma que os resíduos biomédicos podem provocar alterações intensas, não só no solo, como na água e no ar, se inadequadamente dispostos, além da possibilidade de causarem danos a todas as formas de vida, trazendo problemas que podem aparecer, com frequência, anos depois do tratamento e disposição inicial dos resíduos. Os resíduos hospitalares, por norma, são processados de forma rigorosa e eficiente.

Contudo, na presença de uma falha, de origem humana ou tecnológica, os resíduos constituem-se como um potencial tóxico e contaminante da flora e fauna; da contaminação de águas solo e ar; promotor do crescimento e propagação de vectores de doença, entre outros. A contaminação do ambiente por parte dos resíduos provém, mais em concreto, de agentes tóxicos, microbiológicos, drenados

para os fluxos de escoamento, terrenos ou meios aquáticos (Antunes, 2011).

De acordo com Reis (2012) citado por Sousa & Cruz (2013), o risco de contaminação do ar é dado quando os resíduos infecciosos são tratados pelo processo de incineração não controlado, que emite poluentes para a atmosfera contendo várias substâncias prejudiciais tais como dioxinas e furanos.

1.7.2 Na saúde pública

Os riscos na má gestão dos resíduos infecciosos estão principalmente relacionados aos acidentes que ocorrem devido as falhas na segregação e no acondicionamento dos resíduos perfuro cortantes, no tratamento e disposição final dos resíduos causando a contaminação do solo e prejudicando a saúde pública (Moraes *et al.* 2011).

Os microrganismos presentes nos resíduos infecciosos, segundo Schneider *et al.* (2001), citado por Pimentel (2006), podem atingir o homem por três principais vias de transmissão:

- 1. Inalação:** agentes patogénicos dispersos no ar ou em partículas em suspensão entram no organismo através do aparelho respiratório.
- 2. Ingestão:** agentes patogénicos entram no organismo, por meio do consumo de água e/ou de alimentos contaminados, ou por meio de mãos ou objectos contaminados levados à boca.
- 3. Injecção:** a contaminação ocorre via corrente sanguínea e picadas de agulha contaminada.

1.7.3. Equipamentos usados durante a gestão dos resíduos infecciosos

Segundo Fonseca (2009) estes equipamentos são empregados para proteger o pessoal da área de saúde do contacto com agentes infecciosos, tóxicos ou corrosivos, calor excessivo, fogo e outros perigos. A roupa e o equipamento servem também para evitar a contaminação do material em experimento ou em produção.

Equipamento de Protecção Individual (EPI) é todo e qualquer dispositivo ou produto, de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado a protecção de riscos susceptíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Sendo, as unidades sanitárias, obrigadas a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que, as medidas de ordem geral não ofereçam completa protecção contra os riscos de acidentes do trabalho ou de doenças profissionais e do trabalho; enquanto as medidas de protecção colectiva estiverem sendo implantadas; e para atender a situações de emergência (Ramos, 2012).

Equipamentos de Protecção Colectivos (EPC) são equipamentos utilizados para protecção e segurança enquanto um grupo de pessoas realiza determinada tarefa ou actividade (Fonseca 2009). Ainda do mesmo autor considera os EPIs seguintes:

- Gorro (de cor branca, para proteger os cabelos).
- Óculos (lente panorâmica, incolor e de plástico resistente, com armação em plástico flexível, protecção lateral e válvulas para ventilação).
- Protector facial (protege contra salpicos, gotas)
- Máscara (para impedir a inalação de partículas e aerossóis, do tipo semi-facial).
- Uniforme (calça comprida e camisa manga três quartos, de material resistente e cor clara).
- Luvas (de material impermeável, resistente e de cano longo).
- Botas (de material impermeável, resistente, de solado antiderrapante, cor clara, e de cano três quartos).
- Avental (PVC, impermeável e de comprimento médio, na altura dos joelhos).

1.8 Apresentação e Discussão dos Resultados

1.8.1 Quais são os tipos de lixo hospitalar produzido na maternidade do CS 17 de Setembro?

Mediante a pergunta levantada sobre os tipos de lixo hospitalar produzido na maternidade do centro de saúde 17 de Setembro, todos (ESMI1, ESMI2, ESMI3, TS1, TS2, TS3 e AS e EC) afirmam o seguinte.

Os tipos de lixo produzido na maternidade do centro de saúde 17 de Setembro são: lixos infecciosos, comuns e anatómicos.

Com base nas respostas obtidas dos entrevistados foi possível perceber que a resposta constitui verdade relacionada aos tipos de lixo produzido na maternidade do centro de saúde 17 de Setembro. Neste contexto, é necessário adotar medidas rigorosas de segregação, armazenamento temporário, transporte e descarte seguro para cada tipo de lixo mencionado, a fim de garantir a saúde e a segurança de todos os envolvidos, bem como minimizar os impactos ambientais.

1.8.2 Há dificuldades na gestão do lixo infeccioso produzido na maternidade do CS 17 de Setembro?

Diante da pergunta acima levantada, tivemos a seguinte resposta dos entrevistados:

Com base na “ESMI2, TS2, TS3, TS1 e EC” estes afirmam dizendo que não tem enfrentado dificuldades, porque tem instrumentos necessário para lidar com os resíduos.

De acordo com a “ESMI3 e AS” respondem afirmando que sim, dentre os tipos de lixo mencionado, tem tido dificuldades na gestão do lixo infeccioso produzido na maternidade do CS 17 de Setembro, porque há falta de sacos plástico para evacuar o lixo infeccioso e outro produzido na maternidade. Muitas vezes, é desafiador lidar com a quantidade significativa de resíduos biológicos e materiais contaminados que precisam ser removidos e descartados correctamente.

Já o “ESMI1” afirma que Sim, temos enfrentado algumas dificuldades na gestão do lixo infeccioso produzido como, défice de equipamentos para o manuseio adequado de resíduos biológicos contaminados, como placenta, sangue e tecidos.

Conforme constam nos resultados, é evidente que a gestão do lixo infeccioso na maternidade do CS 17 de Setembro apesar de haver alguns equipamentos para o manuseio dos resíduos neste centro ainda também existem desafios significativos nesse processo, segundo a observação feita pela autora no local em estudo, foi possível verificar dificuldades na gestão do lixo como recipientes inapropriados para descarte do mesmo e capacidade limitada de armazenamento temporário dos resíduos infecciosos. Há défice de alguns equipamentos como EPI para gestão do lixo infeccioso produzido na maternidade deste centro de saúde, onde foi possível perceber que dentre os vários tipos de EPI utilizados, a bota é um dos EPI cujos funcionários usam em colectivo.

Neste contexto, é necessário que o centro de saúde adote medidas para superar esses obstáculos, como alocação adequada de recursos, aquisição de recipientes apropriados para descarte com capacidade de armazenamento temporário suficiente, bem como a implementação de treinamentos regulares e a disponibilização de equipamentos de protecção individual adequados. Essas medidas são fundamentais para garantir uma gestão eficaz do lixo infeccioso, proteger a saúde da equipe e prevenir a propagação de infecções tanto no ambiente hospitalar quanto na comunidade em geral.

1.8.3 O lixo infeccioso produzido na maternidade do CS 17 de Setembro tem algum tratamento?

Todos os entrevistados ao nível da maternidade do centro de saúde em estudo respondem a pergunta da seguinte maneira:

Os entrevistados “ESMI1, ESMI2, ESMI3, TS1, TS2, TS3, AS e EC” afirmam que sim, depois da separação do lixo, este é queimado no aterro sanitário. Para o lixo biológico é despejado na fosa biológica, já o lixo infeccioso é queimado na incineradora onde depois as cinzas são levadas para fosa biológica.

Os resultados mostram que na maternidade deste centro de saúde o lixo infeccioso produzido na verdade tem algum tratamento. Segundo a observação feita no local, após a segregação, o lixo infeccioso é encaminhado para um processo de desinfecção e incineração do mesmo.

1.8.4 Que impacto o lixo infeccioso produzido na maternidade pode trazer a saúde pública quando não é bem gerenciado?

Fez-se esta pergunta com o objectivo de saber o impacto que o lixo infeccioso produzido na maternidade pode gerar a saúde pública, e estes responderam o seguinte:

Com base na “ESMI2, ESMI3 e EC” esse lixo quando não bem tratado pode provocar algumas infecções a saúde pública e mesmo para nos dentro da instituição.

De acordo com o “AS e TS1” o lixo infeccioso pode trazer doenças e contracção de uma infecção.

Já o “ESMI1, TS2 e TS3” esse tipo de lixo quando não bem gerido pode trazer um impacto negativo a saúde pública tanto dos profissionais de saúde e assim como para as pessoas ao redor como tuberculose.

Conforme constam nos resultados dos entrevistados relacionado a pergunta acima, o lixo infeccioso produzido na maternidade pode trazer consequências a saúde do próprio funcionário, devido as falhas na segregação e no acondicionamento dos resíduos perfuro cortantes, dos quais, podem fazer com que este sofra um acidente ocupacional por picadas de agulha contaminada.

Para tal, seria necessário uma segregação adequada, separar correctamente o lixo infeccioso dos demais resíduos, utilizando recipientes específicos para cada tipo de material. Capacitar os profissionais de saúde sobre o manuseio seguro do lixo infeccioso, incluindo a correcta identificação, segregação e descarte dos resíduos. Utilizar recipientes resistentes, à prova de vazamentos e devidamente identificados para acondicionar o lixo infeccioso, garantindo sua contenção e segurança durante o armazenamento e transporte.

1.8.5 Quais são as etapas para gestão do lixo infeccioso produzido na maternidade do CS 17 de Setembro

Os entrevistados, por unanimidade, respondem o seguinte:

Com base no “ESMI2, ESMI3, EC, TS1 e AS” afirmam que as etapas envolvem a separação do lixo, descontaminação do lixo e incineração.

Já o “ESMI1, TS2 e TS3” apos a separação do lixo queima-se o lixo comum e o infeccioso, o anatômico colocasse na fossa biológica.

Com base nos resultados acima, pode se afirmar que as etapas para gestão do lixo infeccioso no centro de saúde 17 de Setembro envolvem a segregação, descontaminação e incineração. Portanto, apesar dos entrevistados terem mencionado algumas etapas, foi possível perceber ainda que existem outras etapas não mencionadas como o transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, colecta e transporte externo e destino final

1.8.6 O centro de saúde 17 de Setembro fornece Equipamentos de protecção Individual para o manejo do lixo infeccioso aos profissionais naquele sector?

Os entrevistados por unanimidade, afirmaram o seguinte:

Com base na “ESMI1, ESMI2, ESMI3, EC, TS1, TS2, e TS3” sim, o centro de saúde 17 de Setembro fornece Equipamentos de protecção Individual para o manejo do lixo infeccioso aos profissionais. Mascaras, luvas barretes, óculos de protecção, botas, e aventais.

Já, para “AS” afirma que não, nem todos têm equipamentos de protecção individual completo, há falta de botas para as agentes de serviço.

Mediante os resultados acima e com base na observação feita pelas autoras em relação a esta pergunta, foi possível perceber que no centro de saúde 17 de Setembro nem todos os funcionários possuem Equipamentos de protecção Individual completo para o manejo do lixo infeccioso, os agentes de serviço são os que carecem de botas.

1.8.7 Com qual frequência os profissionais da maternidade do CS 17 de Setembro recebem EPI's?

Mediante o “ESMI1, TS2, TS3, AS e TS1” realçam que os profissionais naquela maternidade recebem uma vez a cada 2 semanas os Equipamentos de protecção Individual.

Com base na “ESMI2, ESMI3 e EC”. Realçam que os profissionais têm recebido Equipamentos de protecção Individual sempre.

No entanto, com base nos resultados apresentados, consta que os funcionários recebem equipamentos de protecção individual uma vez a cada 2 semanas, o que tudo indica que esses os equipamentos que mais recebem não tem sito por completo, o que vem descultando o desempenho das actividades e colocando em risco a saúde do próprio funcionário e do utente em geral.

Entretanto, os EPIs no sector da maternidade devem ser devidamente utilizados, descartados e substituídos de acordo com as directrizes e protocolos estabelecidos pelas autoridades de saúde em Moçambique. Os profissionais de saúde devem seguir as boas práticas de higiene, adotar medidas de precaução

padrão e garantir que os EPIs sejam usados correctamente para proteger tanto a si mesmos quanto aos pacientes.

1.8.8 Achas que o uso de EPI é importante no manejo do lixo infeccioso produzido na maternidade?

Com base na “ESMI1, ESMI2, ESMI3, TS1, TS2, TS3, EC e AS”. Respondem dizendo o seguinte, sim, o uso de EPI é importante no manejo do lixo infeccioso produzido na maternidade

Como se consegue perceber nos resultados acima, todos os entrevistados afirmam que o uso de Equipamentos de Protecção Individual (EPIs) é extremamente importante no manejo do lixo infeccioso produzido na maternidade.

Portanto, o uso apropriado de EPIs no manejo do lixo infeccioso contribui para a segurança dos profissionais da maternidade, reduzindo o risco de exposição a doenças infecciosas. Também é fundamental para proteger a saúde pública e evitar a propagação de infecções para outras pessoas que possam entrar em contacto com a unidade sanitária.

1.8.9 Existe horário definido para a recolha do lixo infeccioso?

Com base na “ESMI2, ESMI3 e EC”. Respondem dizendo o seguinte, sim, existe horário definido para a recolha do lixo infeccioso. Já o “ESMI1, TS2 e TS3” responde que sim. Por outro lado, o “AS e TS1” realçam que sim.

Conforme constam nos resultados, os entrevistados afirmaram que sim, geralmente existe um horário definido para a recolha do lixo infeccioso neste centro de saúde. Esse horário pode variar dependendo das directrizes e regulamentos específicos de cada instituição de saúde e das políticas locais.

Portanto, olhando para esta pergunta, o objectivo de estabelecer um horário definido para a recolha do lixo infeccioso é garantir que o descarte adequado e seguro seja realizado de forma regular e eficiente. Isso ajuda a minimizar o acúmulo de resíduos infecciosos nas instalações de saúde e reduzir o risco de exposição dos profissionais de saúde a varias doenças.

É importante que as instituições de saúde sigam as regulamentações e directrizes locais em relação ao horário de recolha do lixo infeccioso. Isso inclui o armazenamento adequado do lixo infeccioso em recipientes apropriados e seguros, seguindo as orientações específicas de cada local.

1.8.10 Na sua opinião, o que achas que devia ser melhorado na gestão do lixo infeccioso na maternidade do CS 17 de Setembro?

Com base na “ESMI1, ESMI2, ESMI3, EC, TS2, TS3” acreditam a importância do descarte adequado do lixo infeccioso, comunicação efectiva e o treinamento em relação à gestão do lixo infeccioso, melhoria da infra-estrutura e recursos, sistema de monitoramento de qualidade e a implementação de um plano de recolha regular do lixo infeccioso.

Como se consegue perceber nos resultados acima, as opiniões adicionais dos entrevistados foram fornecidas com base nas descrições dos papéis atribuídos, isso mediante a pergunta e na percepção de cada um. Essas opiniões adicionais destacam a importância da conscientização dos profissionais de saúde sobre a gestão adequada do lixo infeccioso e a implementação de um sistema de monitoramento de qualidade para garantir a conformidade e aprimoramento contínuo.

Com base nas opiniões dos entrevistados, fica claro que existem algumas áreas que devem ser melhoradas na gestão do lixo infeccioso na maternidade do CS 17 de Setembro. A enfermeira de ESMI destacou a importância da comunicação e do treinamento para garantir que todos os profissionais estejam cientes dos protocolos adequados de descarte e manuseio do lixo infeccioso.

O EC ressaltou a relevância de avaliar as necessidades específicas da unidade em termos de infra-estrutura e recursos. Já o agente de serviço enfatizou a importância de um plano de recolha regular do lixo infeccioso e a implementação de um sistema de monitoramento e supervisão efectivo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que, a gestão de resíduo infeccioso produzido na maternidade do Centro de Saúde 17 de Setembro é feita seguindo algumas directrizes e protocolos específicos de modo a garantir a segurança e a adequada eliminação desses resíduos apesar das condições não serem tao profissionais para o efeito. Embora as práticas possam variar de acordo com a instituição e as regulamentações locais, neste centro tem como etapas para gestão de resíduos infecciosos, a separação do lixo, descontaminação e a incineração.

Concluiu-se que no Centro de Saúde 17 de Setembro são produzidos os seguintes tipos de resíduos infecciosos: comum, infeccioso e anatómico.

Os principais desafios enfrentados na maternidade do Centro de Saúde 17 de Setembro estão relacionados aos recipientes inapropriados para descarte do lixo, capacidade limitada de armazenamento e também défice de alguns equipamentos como EPI para gestão do lixo infeccioso produzido na maternidade deste centro de saúde.

O lixo infeccioso produzido na maternidade pode trazer consequências a saúde do próprio funcionário, devido as falhas na segregação e no acondicionamento dos resíduos perfuro cortantes, dos quais, podem fazer com que este sofra um acidente ocupacional por picadas de agulha contaminada.

Portanto, seria necessário uma segregação adequada, separar correctamente o lixo infeccioso dos demais resíduos, utilizando recipientes específicos para cada tipo de material. Capacitar os profissionais de saúde sobre o manuseio seguro do lixo infeccioso, incluindo a correcta identificação, segregação e descarte dos resíduos. Utilizar recipientes resistentes, à prova de vazamentos e devidamente identificados para acondicionar o lixo infeccioso, garantindo sua contenção e segurança durante o armazenamento e transporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo R. (2012). *Alternativas sustentáveis de uso da madeira na construção civil. Especialize. p. 34,1-15.*
- Gerhardit, T. A. et al. (2009). *Método de pesquisa. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*
- Gil, A. (2008). *Como elaborar Projectos de Pesquisa (4a. edição). São Paulo: Atlas.*
- Johns, A.d. (1991). *Responses of Amazonian rain forest birds to habitat modification. Journal of Tropical Ecology, 7: p. 417-437.*
- Kumar, Rakesh, S.et al. (2014) *Kushwaha. Forest cover dynamics analysis and prediction modeling using logistic regression model, in Ecological Indicators 45. p. 444-455.*
- Lakatos, E. M. et al. (1990). *Metodologia do trabalho científico: Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório, publicações e trabalhos científicos (4ª. Edição). São Paulo, Brasil: Atlas.*
- Laurance, W.et al. (2003). *Fatos florestais da Amazônia.*
- Marconi, M. A., &Lakato, E. M. (2007). *Fundamento de Metodologia Científica (6a edição – 5a reimpressão). São Paulo: Atlas.*
- Martins SS. et al. (2003). *Efeito da exploração florestal seletiva em uma floresta estacional sem decidual 1. Revista Árvore 27(1): p. 65–70.*
- Mason, d. (1996). *Responses of Venezuelan understory birds to selective logging, enrichment strips, and vine cutting. Biotropica, 28:p. 296-309.*

EIXO TEMÁTICO 2



NEURODIVERSIDADE E POLÍTICAS

COLETIVOS AUTISTAS EM UNIVERSIDADES: ACESSO AOS DIREITOS À EDUCAÇÃO E À SAÚDE

Honácio Braga de Araújo¹

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo examina os desafios enfrentados por estudantes autistas em universidades, no contexto do acesso ao direito à educação e ao direito à saúde. Aborda-se também sobre como a atuação de coletivos autistas em universidades pode contribuir para favorecer o bem-estar de autistas no ensino superior. O autor, que é um pesquisador autista, primeiro trata sobre inclusão educacional e apoio à saúde mental como direitos de autistas em universidades. Em seguida, a discussão do capítulo passa para coletivos autistas em universidades como parte do movimento da neurodiversidade na busca por direitos. Por fim, o capítulo apresenta reflexões a respeito da influência da visibilização de autistas para a disseminação de informações, a superação de estigmas, a quebra de preconceitos e o combate à discriminação.

Ressalta-se a importância da perspectiva da neurodiversidade, fundamentada na noção de que o autismo é uma variante natural da manifestação neurológica humana que não deve ser corrigida. Autismo não é doença nem defeito, portanto, em vez de tentar fazer com que a pessoa autista se torne mais parecida com uma pessoa não autista (algo ligado às ideias de assimilação e passibilidade), necessita-se buscar a adaptação de espaços e atitudes para um convívio social inclusivo, com aceitação e respeito às diferenças.

O conceito de neurodiversidade se funda na ideia de identificar os pontos fortes e o potencial das pessoas, em vez de focar apenas no dano, no problema ou na dificuldade, impostos pela sua condição de neurodiversidade (Fierros *et al.*, 2021, p. 137). A maior parte do discurso profissional e acadêmico sobre o autismo ao longo do último século foi dominado por um modelo de déficit, no qual as pessoas autistas são retratadas como seres humanos defeituosos, doentes, que carecem de reparação para funcionar normalmente na sociedade (Robertson, 2010, p. 1-2). É necessário

¹ Doutorando em Direito pela UFPR, com bolsa CAPES/PROEX. Mestre em Direito pela UFSC, com bolsa CNPq. Graduado em Direito pela UFPI. Membro do Núcleo de Direitos Humanos e Vulnerabilidades da UFPR. Membro do Coletivo Autista da UFPR (Coletivo Stim). E-mail: honacio@gmail.com.

mudar o paradigma do déficit ou carência para um que destaque os pontos fortes das pessoas com uma condição de neurodiversidade (espectro autista, déficit de atenção e hiperatividade, dislexia, Tourette e outras) (Fierros *et al.*, 2021, p. 140).

Pessoas com tais condições são chamadas de neurodivergentes, no contexto de estudos e ativismos desenvolvidos com base na perspectiva de neurodiversidade, enquanto as demais pessoas são chamadas de neurotípicas. Assim, é possível dizer que um grupo é neurodiverso quando engloba pessoas neurodivergentes e pessoas neurotípicas.

Recentemente, a aceitação generalizada do modelo do déficit começou a diminuir à medida que a neurodiversidade, uma perspectiva alternativa, ganhou força em muitos campos e disciplinas. Em contraste com o modelo do déficit, a perspectiva da neurodiversidade descreve a neurologia e a personalidade de autistas através das lentes da diversidade humana. Essa forma de compreender o desenvolvimento neurológico foi influenciada pela diversidade social em termos de etnia, nacionalidade, gênero e orientação sexual (Robertson, 2010, p. 2).

Enquanto um movimento social, a neurodiversidade possibilita a militância “a favor do entendimento de que não se deveria buscar a cura para o autismo, do mesmo modo que não se busca a cura para a homossexualidade, para etnia, para o canhotismo, entre outros” (Araujo *et al.*, 2023, p. 3). Iniciado entre a última década do século XX e a primeira do século XXI, o movimento da neurodiversidade “surgiu como uma contraproposta à ideologia de divisão entre normal e anormal ou patológico, indo na contramão do modelo médico e do discurso de eugenia até então vigente” (Araujo *et al.*, 2023, p. 3).

O estigma histórico e os mitos e estereótipos contínuos sobre o autismo sufocam a aceitação social das pessoas autistas e a sua plena inclusão na vida comunitária. Nesse clima hostil, é muito difícil para as pessoas autistas alcançarem uma autoestima saudável e sentirem-se confortáveis em participar nas suas comunidades locais. No entanto, quando os profissionais discutem desafios enfrentados pelas pessoas autistas e pelas pessoas com outras deficiências, o estigma social e as barreiras atitudinais raramente estão no topo da lista. Muitos profissionais tendem a concentrar esforços em tarefas funcionais em detrimento da concentração no clima social que rodeia essas pessoas (Robertson, 2010, p. 6).

Nesse sentido, é possível perceber que há poucas normas jurídicas referentes à busca pela eliminação de atitudes discriminatórias e excludentes praticadas contra autistas. No que se refere às normas de proteção aos direitos de autistas, o discurso dominante é relativo ao acesso de autistas ao atendimento de profissionais nas áreas de educação e de saúde.

Além disso, pode ser notada também a preponderância de estudos, normas e campanhas de conscientização sobre autismo que são focadas apenas

em crianças, havendo pouca produção voltada à realidade de autistas na idade adulta. Essa escassez influencia a percepção equivocada de que autismo existe somente na infância, dificultando o acesso a direitos para autistas na vida adulta, como é o caso de estudantes autistas no ensino superior.

2. INCLUSÃO EDUCACIONAL E APOIO À SAÚDE MENTAL COMO DIREITOS DE AUTISTAS NA UNIVERSIDADE

Em geral, acessar e vivenciar o ensino superior são considerados processos desafiadores. Em específico para autistas, são adicionados outros desafios, diante dos obstáculos criados por uma sociedade pouco adaptada às características dessas pessoas. Além de medidas de inclusão para que autistas cheguem à universidade, é preciso ter medidas para propiciar a permanência no curso e sua conclusão. E isso pode abarcar tanto a graduação quanto a pós-graduação.

Uma das principais barreiras enfrentadas na universidade está associada ao fato de a situação de neurodiversidade continuar a ser vista como uma doença. Além disso, docentes e discentes desconhecem o conteúdo de leis a favor da inclusão (Fierros *et al.*, 2021, p. 135). Tal desconhecimento traz duas consequências negativas: a persistência em associar as condições da neurodiversidade a um problema ou dificuldade e a ausência de base legal para implementar estratégias educacionais que respondam às diferentes necessidades da formação dos estudantes (Fierros *et al.*, 2021, p. 138).

No Brasil, as normas sobre direitos de autistas foram publicadas há pouco tempo e são pouco conhecidas. Uma das mais recentes é o Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituído pela Assembleia Legislativa do Estado do Paraná por meio da Lei nº 21.964/2024. Com 113 artigos, esse código unificou normas de leis anteriores e criou novas, sistematizando a matéria (Paraná, 2024). Como primeiro código da pessoa autista do Brasil, ele poderá servir de incentivo para outras casas legislativas estaduais, municipais e federais.

Em âmbito nacional, há uma lei com menos de dez artigos sobre esse assunto, conhecida como Lei Berenice Piana, ou Lei n. 12.764/2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção aos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Conforme o seu artigo 1º, §2º, a pessoa autista é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais (Brasil, 2012). Com isso, normas que se referem a pessoas com deficiência são também aplicáveis a autistas.

Quanto ao direito à educação, a Lei n. 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência, ou Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), diz no art. 28, II, que o poder público deve assegurar o “aprimoramento dos sistemas educacionais, visando garantir condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem, por meio da oferta de serviços e recursos de acessibilidade que

eliminam as barreiras e promovam a inclusão plena” (Brasil, 2015).

Em relação à permanência, algumas pessoas autistas não concluem a universidade, de acordo com Cage *et al.* (2020, p. 1), entretanto, embora elas tenham necessidades de apoio variadas, muitas podem ter sucesso no ensino superior, de modo que pontos fortes como paixão por um tópico, atenção aos detalhes e habilidades analíticas podem ser altamente benéficos.

Para Cage *et al.* (2020, p. 2), problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, podem influenciar o desempenho acadêmico, impactar nas tarefas cotidianas e interferir na capacidade de aprender – o que pode aumentar a probabilidade de não conclusão.

Dessa maneira, existe uma conexão entre o direito à educação e o direito à saúde para estudantes autistas no ensino superior. Com todas as suas exigências, o contexto da graduação, por si só, pode gerar uma grande pressão psicológica, algo que talvez se torne ainda mais intenso durante a pós-graduação. Somam-se a isso os desafios sociais e sensoriais com os quais autistas podem se deparar no ambiente universitário. Assim, é necessário haver um trabalho integrado de setores da universidade para promover, conjuntamente, medidas de inclusão educacional e medidas de apoio à saúde mental de estudantes autistas em universidades.

Junto com fatores sociais e de saúde mental, sensibilidades sensoriais podem contribuir para aumentar o estresse, causar dificuldades de socialização e impedir que estudantes autistas se concentrem no trabalho acadêmico. Indivíduos autistas têm sensibilidades sensoriais, o que significa que podem ser hiper ou hipossensíveis a diferentes sons, texturas ou imagens. Essas sensibilidades sensoriais podem afetar a vida universitária devido ao risco de sobrecarga sensorial, fazendo com que o indivíduo não consiga funcionar naquele ambiente. Considerando que alguns funcionários de universidades estão menos conscientes desse aspecto do autismo, podem faltar adaptações. Desse modo, pode ser que aqueles que não concluíram a universidade considerem esse ambiente como sensorialmente muito opressor (Cage *et al.*, 2020, p. 2).

De acordo com Sarrett (2018, p. 687), muitos participantes do estudo realizado por ela e de outros estudos relataram dificuldades em navegar por situações sociais em universidades e indicaram a necessidade de mais serviços destinados a melhorar a vida social de estudantes autistas, com destaque também para relatos referentes a ansiedade, solidão e depressão.

Estudantes autistas que participaram do estudo feito por Sarrett (2018, p. 690) relataram insatisfação com adaptações recebidas em relação a necessidades que não são tradicionalmente acadêmicas, como necessidades sensoriais, sociais ou relacionadas à saúde mental. Logo, as universidades precisam criar uma gama mais ampla de adaptações necessárias para o sucesso acadêmico. Por exemplo,

a aceitação de comportamentos autoestimulantes é importante para atender às necessidades sensoriais e pode ajudar estudantes autistas a se concentrarem.

É importante assegurar que o pessoal dos núcleos de acessibilidade das instituições de ensino superior tenha uma formação sobre o autismo e sobre as bases teóricas que sustentam a proposta de inclusão de estudantes autistas na universidade, pois o desconhecimento dessas informações favorece o estabelecimento de um olhar estereotipado sobre o autismo (Oliveira; Abreu, 2019, p. 73).

Além da ansiedade durante a interação com outras pessoas, que gera uma tendência ao isolamento, o medo da solidão “e a falta de espaços livres de superestimulação são algumas das barreiras que estão relacionadas à socialização e aprendizagem de estudantes autistas” (Clouderet *et al.*, 2020, apud Wuo; Brito, 2023, p. 11).

Em pesquisas acadêmicas na área de educação, “a produção sobre o autismo no campo dos estudos críticos privilegia o discurso médico, fundamentado nas definições do DSM e na visão do déficit” (Wuo; Brito, 2023, p. 3). O DSM é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, produzido pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), cuja edição mais recente é a quinta, publicada em 2013.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido pelo DSM-5 como condição clínica ou patológica marcada por déficits na interação social e na linguagem. Tal definição, utilizada como fonte de diagnóstico por profissionais da saúde, tende a padronizar indivíduos, ocultando suas diferenças e subjetividades. Esse foco nos déficits, sem considerar o aspecto social da deficiência, contribui para a estigmatização de autistas por meio da disseminação da visão do autismo como uma entidade externa e maléfica que deveria ser eliminada. Essa estigmatização incentiva o desenvolvimento de ações de normalização, que causam sofrimento “em razão das terapias comportamentais intensivas para treinar seus comportamentos de forma agressiva, buscando sua adequação aos comportamentos neurotípicos” (Wuo; Brito, 2023, p. 9).

Para estudantes autistas em universidades, tal estigmatização está ligada à forma como o suporte adequado é acessado. Segundo Sarrett (2018, p. 680), há pesquisas que demonstram preocupações quanto ao senso de identidade de estudantes autistas e aos desafios que encontram ao criar uma identidade autista positiva na presença de um estigma significativo em relação à deficiência. Essa dificuldade relacionada à identidade é uma consideração importante, pois a criação de uma identidade positiva de deficiência está associada a se sentir confortável para revelar a sua condição de autista, o que é necessário para obter adaptações no ensino superior.

Muitos estudantes autistas são desencorajados a declarar sua condição

na universidade, ao vivenciarem situações de estigmatização sobre o autismo. Diante disso, o desenvolvimento de uma identidade positiva para estudantes autistas “está associado ao sentimento de confiança que se apossa da pessoa quando esta se autodeclara autista, necessário para a garantia de direitos e serviços de acessibilidade na educação superior” (Wuo; Brito, 2023, p. 10).

Embora caiba ao indivíduo a decisão de revelar ou não o autismo para colegas e docentes no espaço acadêmico, “a ocultação da identidade autista pode provocar sofrimento psíquico para ele, pois não se pode separar o autismo da pessoa, uma vez que o autismo é uma maneira de ser, um modo específico de funcionamento do sujeito” (Oliveira; Abreu, 2019, p. 82).

Semelhantes ao estudo realizado por Oliveira e Abreu, há outros dois que também foram realizados em universidades públicas brasileiras, e ambos abordaram a questão da insegurança de estudantes autistas quanto à autodeclaração de sua condição.

Em estudo realizado a partir de entrevistas com estudantes autistas em uma universidade pública estadual de São Paulo, Olivati e Leite (2019, p. 740) observaram que esses indivíduos preferiram ocultar o diagnóstico dos seus pares, devido ao receio de julgamento, afastamento ou retaliação, “muito em decorrência dos mitos que envolvem o transtorno – como que sujeitos nessa condição não gostam de fazer amizades, são esquisitas, agressivas – indo até aqueles que a classificam erroneamente como doença.”

Algo semelhante foi identificado em outro estudo, conduzido a partir de entrevistas com estudantes autistas da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Foi relatado que os estigmas geram incômodos para essas pessoas, que evitam divulgar sua condição, diante do receio de sofrer preconceitos, ficando “patente nas narrativas dos alunos a escolha por permanecer invisível, por não quererem ser identificados como indivíduos com autismo, ou mesmo por preferirem evitar ao máximo o contato interpessoal” (Santos *et al.*, 2020, p. 60).

Uma vez na universidade, os indivíduos devem decidir se revelarão seu autismo. Muitos optam por não revelar, sentindo-se desconfortáveis por serem rotulados como autistas, temendo a estigmatização. Por outro lado, alguns estudantes autistas afirmaram que se tornaram extra visíveis para lutar contra estereótipos na universidade (Cage *et al.*, 2020, p. 2). A exposição de uma identidade autista positiva pode estimular a autoconfiança de mais estudantes autistas.

No que se refere à relação entre exposição positiva e combate ao estigma, a divulgação do diagnóstico propicia uma compreensão mais precisa das necessidades do indivíduo, o que pode, por sua vez, diminuir a estigmatização que ele pode experimentar. Estudos descobriram que o estigma ligado ao autismo é mais prevalente entre pessoas com conhecimentos limitados do autismo, e

também que uma maior compreensão e conhecimento do autismo poderia resultar em menos atitudes negativas em relação a esses indivíduos autistas (Nah *et al.*, 2022, p. 2).

O aumento da conscientização popular sobre autismo no ambiente universitário, para discentes e docentes, pode ajudar a reduzir a desinformação, aumentar a sensibilização para as necessidades de autistas e quebrar o estigma que lhes está associado, fomentando a construção de um ambiente mais favorável para estudantes autistas (Nah *et al.*, 2022, p. 6-7).

A fim de conscientizar discentes e docentes sobre autistas e seus direitos, e também de promover o desenvolvimento de uma identidade positiva para estudantes autistas, é possível contar com o apoio de coletivos autistas em universidades. No tópico seguinte, são discutidas as potencialidades desses coletivos no contexto do movimento da neurodiversidade.

3. COLETIVOS AUTISTAS COMO PARTE DO MOVIMENTO DA NEURODIVERSIDADE NA LUTA POR DIREITOS

O primeiro coletivo autista de uma universidade brasileira foi criado na Universidade de São Paulo (USP), em maio de 2021. Posteriormente, foram criados coletivos autistas em outras universidades de vários estados, como, por exemplo, o Coletivo Autista da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Conhecido como Coletivo Stim, foi fundado em agosto de 2022 como uma associação de estudantes que se unem para reivindicar seus lugares como sujeitos políticos e de direito, com o fim de que sejam compreendidas e cumpridas suas demandas por um ambiente universitário com mais respeito à neurodiversidade.

O nome do coletivo faz referência a uma característica de autistas, o *stim* (ou *stimming*), que é uma palavra derivada da expressão em inglês “self-stimulatorybehavior”, que significa “comportamento autoestimulante”. Assim, *stim* é uma expressão utilizada para se referir aos movimentos repetitivos praticados por autistas (como, por exemplo, balançar as mãos), que funcionam como comportamentos autoestimulantes, a fim de fazer autorregulação, lidar com a sobrecarga sensorial ou emocional, extravasar energia e expressar sensações e sentimentos, tais como um incômodo com barulhos ou um momento de entusiasmo.

Além de realizar publicações na sua página do Instagram (Coletivo Stim, 2022), sobre direitos de autistas na universidade e outras informações associadas ao autismo, a associação mantém um grupo de *Whatsapp* para membros. Funcionando como um espaço de socialização, esse grupo possibilita trocas de experiências, pedidos de conselhos e indicações, conversas de apoio psicológico e organização de atividades coletivas, como um grupo de teatro. O Coletivo Stim

também promove eventos, como, por exemplo, rodas de conversa para autistas adultos e palestras para conscientização sobre tópicos relacionados ao autismo.

Esse coletivo autista não apenas faz difusão de informações por meio de eventos e de publicações em redes sociais, mas também contribui para que pessoas autistas adultas possam conhecer outras com vivências similares. Desse modo, formam-se um senso de pertencimento, uma rede de suporte e uma comunidade, que pode se unir para lutar pelo reconhecimento e pelo respeito aos direitos de autistas, como os direitos à educação e à saúde na universidade.

Uma área que precisa ser melhorada é a conscientização do campus sobre o autismo. Muitos estudos relatam a escassez de treinamento de docentes e técnicos sobre o autismo e as necessidades de estudantes autistas na universidade. É necessária mais formação universitária sobre autismo que se concentre em combater suposições imprecisas e discriminatórias sobre o autismo. Infelizmente, a adesão de docentes e técnicos pode ser o maior desafio para gerar uma melhor consciência e compreensão do autismo (Sarrett, 2018, p. 681).

Além do conhecimento sobre o autismo, estudos sugerem que atitudes mais inclusivas estão ligadas à familiaridade com o autismo, que se refere às experiências de grande quantidade e qualidade de contato com autistas, que são aspectos significativos para prever a receptividade em relação aos indivíduos autistas. Isso destaca como a exposição positiva de pessoas autistas pode desempenhar um papel mais expressivo na formação da aceitação, em comparação com simplesmente ter conhecimento sobre autismo (Nahet *et al.*, 2022, p. 7). Entre outras necessidades apontadas em pesquisas sobre estudantes autistas na universidade, está a consideração de como melhorar problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão (Sarrett, 2018, p. 680-681).

Diante da importância da exposição positiva e do apoio à saúde mental, supracitados, nota-se o potencial de associações universitárias, como o Coletivo Stim, e outras organizações fundamentadas na perspectiva da neurodiversidade. Com as atividades do Coletivo Stim, que visibilizam a presença de autistas na universidade, estudantes autistas que antes temiam se expor, por receio do estigma, podem ganhar confiança ao ver estudantes que falam abertamente sobre serem autistas, incentivando a formação de uma identidade positiva.

Trazendo como um dos seus objetivos a promoção do orgulho entre pessoas autistas, o movimento da neurodiversidade “nega o autismo como sendo uma doença, temendo que testes genéticos possam levar a uma tentativa de extinção de pessoas com TEA” (Araujo *et al.*, 2023, p. 4). Com base na perspectiva da neurodiversidade, de acordo com Wuo e Brito (2023, p. 1), “o autismo assume um caráter identitário, político e social que contribui para o desenvolvimento de propostas baseadas na acessibilidade e na participação dos estudantes autistas,

garantindo sua permanência e aprendizagem”.

Uma das definições de neurodiversidade a define como reconhecimento da diversidade humana quanto às formas cognitivas, sensoriais, comportamentais, emocionais e comunicativas de experimentar e interagir com o mundo. Recentemente, é possível perceber uma mudança em parte da literatura sobre autismo, deixando de definir o autismo em termos de déficit e passando a uma conceitualização do autismo em termos de neurodiversidade, que pode levar a uma identidade mais positiva e a menos estigma internalizado (Van Den Plas *et al.*, 2024, p. 2).

Com tal mudança, as teorias cognitivas clássicas usadas para explicar o comportamento autista são criticadas. Por exemplo, a “teoria da mente” é contrastada com o “problema da dupla empatia”. Na primeira teoria, é atribuído a autistas um déficit em atribuir estados mentais a outras pessoas que as impediriam de ter empatia com pessoas não autistas. Porém, na segunda proposta, argumenta-se que, considerando que as pessoas não autistas também experimentam dificuldades em ter empatia com as pessoas autistas, a questão não deve estar localizada no indivíduo autista, mas na própria interação (Van Den Plas *et al.*, 2024, p. 2).

Nesse sentido, o Coletivo Stim auxilia no enfrentamento à estigmatização de autistas na universidade, por meio de ações como, por exemplo, uma sequência de palestras em 2023 – em parceria com a Superintendência de Inclusão, Políticas Afirmativas e Diversidade (SIPAD) da UFPR e com a administração dos restaurantes universitários da UFPR– para a conscientização sobre o atendimento às pessoas autistas nesses espaços. No mesmo ano, ocorreram palestras com o tema “A neurodiversidade como direito da personalidade” e com o tema “Diversidade e inclusão: abordando construções de gênero e sexualidade no autismo” (Coletivo Stim, 2023). Todas essas palestras foram ministradas por autistas que estudam e/ou trabalham na UFPR.

Como mencionado no tópico anterior, a perspectiva da neurodiversidade é como um paradigma alternativo ao modelo médico (ou modelo do déficit), que é dominante em estudos e normas. Enquanto que o modelo vigente em estudos concentra-se apenas nas dificuldades de autistas, o modelo alternativo foca não só nisso, mas também nas potencialidades, pontos fortes, dons e talentos de autistas. Em paralelo a essa mudança no campo dos estudos, uma outra ocorre no campo das normas, em que o modelo biomédico da deficiência vem perdendo protagonismo à medida que mais espaços vêm sendo ocupados pelo modelo social da deficiência.

Até então pensada como uma tragédia – com base no modelo médico, que é a concepção dominante –, a deficiência passa a ser vista –com base no

modelo social – como uma posição de diversidade corporal e funcional, como uma identidade social, cultural e política que serve de fundamento para uma luta por garantia de direitos, de modo que “as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com deficiência deixam de ser compreendidas como individuais e se tornam barreiras impostas socialmente” (Wuo *et al.*, 2019, p. 4).

Como forma de problematizar o discurso hegemônico (o modelo médico) centrado na ideia de cura ou de conserto dos comportamentos de pessoas autistas, os estudos críticos do autismo enfatizam o “modelo social, tendo em vista seu esforço de buscar meios de acomodação das diferentes necessidades das pessoas na sociedade” (Wuo *et al.*, 2019, p. 4). Em pesquisas brasileiras sobre a educação e a inclusão, a maioria descreve o autismo com base no modelo médico, “o que pode influenciar no estigma e nas visões negativas e distorcidas sobre as diferenças apresentadas por essas pessoas” (Araujo *et al.*, 2023, p. 6).

Em contraposição ao modelo médico ou modelo da tragédia pessoal, o modelo social da deficiência foca em deixar de compreender as dificuldades de pessoas com deficiência como problemas individuais, deslocando-se para barreiras na sociedade (Wuo; Brito, 2023, p. 7-8). Nesse contexto da ascensão do modelo social da deficiência, “o paradigma da neurodiversidade surge como uma contribuição para a superação de barreiras atitudinais construídas desde a descoberta do autismo” (Wuo; Brito, 2023, p. 3).

Dificuldades de autistas existem, porém, não apenas esses indivíduos não são formados unicamente por elas, como também sua condição não precisa ser curada ou consertada. Autistas não são pessoas quebradas, mas sim diferentes, e as dificuldades decorrem de obstáculos que existem na sociedade. Esses é que devem ser alvo de modificação, para torná-la mais acessível e inclusiva – uma das metas do Coletivo Stim. Por meio de exposição positiva, informações e encontros com a comunidade em geral, esse coletivo autista luta para alcançar os objetivos do movimento social da neurodiversidade, que se esforça para eliminar a concepção da busca pela cura do autismo. Esse movimento autista na universidade também procura superar os estigmas que incitam estudantes a esconderem sua condição, provocando danos à saúde mental.

Para Wuo e Brito (2023, p. 11), “as concepções hegemônicas do autismo, vinculadas ao modelo biomédico, evidenciam sua imagem negativa, orientando práticas e políticas educacionais que tendem à sua marginalização”, havendo a necessidade de criar uma imagem positiva do autismo, como forma de resistência diante da imagem negativa. A partir disso, o movimento da neurodiversidade tenta extinguir a crença de que pessoas autistas deveriam ser normalizadas e mudar o pensamento popular sobre o que é autismo (Araujo *et al.*, 2023, p. 6).

O autismo é uma condição neurológica que integra a identidade cultural

do indivíduo e apresenta características como atipicidades na interação social e comunicação, além da restrição e repetição de comportamentos (Wuo; Brito, 2023, p. 8). O autismo é uma condição “oculta” (não visível), portanto, as expectativas das outras pessoas podem basear-se na percepção de que o indivíduo autista não “aparenta” precisar de apoio. Logo, alguns podem ter dificuldades desde o início na universidade, mas deparam-se com a expectativa de que deveriam estar conseguindo lidar com isso (Cage *et al.*, 2020, p. 8). É preciso, ainda, levar em conta que algumas pessoas autistas na universidade podem ter dificuldades a mais, por fazerem parte de outros grupos marginalizados por motivos de raça, classe, gênero, sexualidade e outros.

O autismo é uma característica da diversidade humana cuja intersecção com outras características forma a subjetividade do sujeito. Frente a essa interseccionalidade em autistas, “é importante conhecer os diferentes marcadores sociais que constituem os estudantes com TEA que acessam o ensino superior e suas intersecções na relação com o meio, as quais podem criar ou fortalecer desigualdades e resultar em barreiras no processo acadêmico” (Silva *et al.*, 2020, p. 4). É preciso analisar as características do perfil sociodemográfico de estudantes autistas, como o gênero e a etnia, que em sua intersecção com o autismo podem produzir situações de desigualdades e “barreiras de acesso e permanência no ensino superior. Esses aspectos devem ser considerados ao se pensar políticas públicas e ações afirmativas, bem como ações visando à inclusão desses estudantes” (Silva *et al.*, 2020, p. 7).

Quanto a essa conexão entre neurodiversidade e outras formas de diversidade humana, como a diversidade racial, sexual e de gênero, os eventos e publicações criadas pelo Coletivo Stim destacam a importância de combater o capacitismo (a discriminação contra pessoas com deficiência) em conjunto com o enfrentamento a outras formas de opressão e exclusão. Assim, esse coletivo se fundamenta na concepção de que a inclusão de estudantes autistas precisa ser plena, algo que não pode ser alcançado sem observar as demais vulnerabilidades sociais.

Foi justamente ignorando as diferenças que se estabeleceu o padrão de homem branco, cisgênero, heterossexual e sem deficiência como o ideal de ser humano – o “normal”. Com base nesse parâmetro de normalidade, as demais pessoas deveriam ser “normalizadas”, modificadas para se aproximar do padrão. A partir disso, foi desenvolvida a concepção de que autistas são pessoas defeituosas a serem consertadas, doentes a serem curadas – algo que o movimento da neurodiversidade se empenha para desconstruir na percepção pública.

O conceito da neurodiversidade foi incorporado no cenário acadêmico pelos chamados estudos críticos do autismo, um campo de estudos que “busca por novas narrativas sobre o autismo que discutam os discursos predominantes

do modelo biomédico, centrado no déficit e na degradação” (Wuo; Brito, 2023, p. 3). O modelo biomédico de explicação sobre o autismo se baseia no estabelecimento de fronteiras entre o normal e o patológico, de modo que se define como anormal ou patológico tudo aquilo que se distancia do padrão, com base em uma noção socialmente imposta sobre o que é normal (Wuo *et al.*, 2019, p. 3).

Fundamentando-se na noção de identidade e neurodiversidade, desloca-se da busca por normalização para a ênfase na elaboração de recursos educacionais e institucionais, de maneira a “contribuir para uma nova ética da educação de pessoas autistas permeada por novas formas de compreensão e desenvolvimento de possibilidades educacionais, que buscam garantir o reconhecimento do estudante autista e de seus direitos educacionais” (Wuo; Brito, 2023, p. 16). Com destaque para publicações de pesquisadores autistas, os estudos críticos do autismo são “um movimento político e científico heterogêneo, em que cientistas e ativistas buscam, por diferentes vias, a promoção dos direitos das pessoas com autismo, sobretudo no que concerne à sua participação política, social e acadêmica” (Wuo; Brito, 2023, p. 3).

No que se refere à questão da participação de cientistas e ativistas autistas – retomada no seguinte tópico de considerações finais –, a atuação de coletivos autistas em universidades, como o Coletivo Stim, pode disseminar familiaridade e conhecimento sobre o autismo para a comunidade universitária. É possível que esse seja um ponto de partida para caminhos rumo à compreensão e ao respeito de autistas na sociedade em geral, pois as pessoas que têm contato com um coletivo autista na universidade levam o que aprendem para outros círculos sociais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discentes, docentes e técnicos não aplicam apenas no meio acadêmico os aprendizados construídos através do trabalho de coletivos autistas em universidades. Esses indivíduos podem espalhar novas formas de pensamento sobre o autismo entre seus familiares, amigos e outras comunidades por onde transitam. Para fornecer informações sobre características e direitos de pessoas autistas ao público universitário, é importante contar com a participação de cientistas e ativistas autistas para desenvolver eventos de conscientização popular.

Capacitações e treinamentos sobre autismo para professores e futuros professores, que incluam ativamente pessoas autistas e seus familiares no seu desenvolvimento, apoiando-se assim no movimento da neurodiversidade, podem ser ferramentas potentes para a mudança na concepção sobre o autismo, auxiliando na busca por atitudes mais compreensivas e inclusivas, respeitando as diversidades humanas (Araujo *et al.*, 2023, p. 6).

A elaboração de soluções para ultrapassar barreiras exige uma abordagem colaborativa. Uma oportunidade de colaboração essencial é formar parcerias com pessoas autistas que tenham experiência em estratégias adaptativas, que poderiam informar a criação de novos recursos de apoio. Além disso, profissionais podem fazer esses esforços de colaboração com organizações dirigidas por autistas, que trabalham para alterar a percepção social sobre o autismo e combater a desinformação, educando as comunidades sobre pessoas autistas (Robertson, 2010, p. 13).

Esse é um ponto importante em relação a tais eventos (de conscientização sobre direitos de estudantes autistas nas universidades), que precisa ser observado também em outros eventos que tratam sobre autismo: não ter a presença exclusiva de profissionais que atendem autistas e familiares de autistas. Às vezes, ocorrem eventos com uma série de palestras sobre autistas em que não há a voz de nenhuma pessoa autista. Embora seja relevante a contribuição de pessoas que estudam sobre autistas, trabalham com autistas e cuidam de autistas, é preciso haver mais eventos que tragam falas das próprias pessoas autistas sobre a sua realidade.

Ainda no que diz respeito à visibilidade de autistas, um instrumento muito útil foi objeto da Lei 14.624/2023, que alterou o Estatuto da Pessoa com Deficiência para incluir nele o artigo 2º-A, que institui “o cordão de fita com desenhos de girassóis como símbolo nacional de identificação de pessoas com deficiências ocultas” (Brasil, 2023). Englobando autismo e outras condição não visíveis, o cordão ajuda a identificar pessoas com direito a atendimento prioritário e também ajuda para que elas vejam a existência de outras semelhantes, o que pode contribuir para que autistas se sintam mais confiantes ao verem que nós não estamos sós. Ocupar espaços, como as universidades, é uma forma de mostrar que cada um deles é lugar de autista.

REFERÊNCIAS

ARAUJO; Ana Gabriela Rocha; *et al.* Autismo, neurodiversidade e estigma: perspectivas políticas e de inclusão. **Psicologia Escolar e Educacional**. v. 27, p. 1-8, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392023-247367>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. **Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. **Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. **Lei n. 14.624, de 17 de julho de 2023**. Altera a Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para instituir o uso do cordão de fita com desenhos de girassóis para a identificação de pessoas com deficiências ocultas. Brasília: Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114624.htm. Acesso em: 20 abr. 2024.

CAGE, Eilidh. Understanding the factors that affect university completion for autistic people. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 72, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101519>. Acesso em: 20 abr. 2024.

COLETIVO STIM. **Página do Coletivo Stim – Coletivo Autista da Universidade Federal do Paraná (UFPR)**. 2022, 2023, 2024. Instagram: @coletivostim. Disponível em: <https://instagram.com/coletivostim>. Acesso em: 20 abr. 2024.

FIERROS, Genoveva Amador; *et al.* Neurodiversidad en la educación superior: la experiencia de los estudiantes. **Revista de la Educación Superior**, v. 50, n. 200, p. 129-152, 2021. Disponível em: https://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602021000400129. Acesso em: 20 abr. 2024.

NAH, Yong-Hwee; *et al.* Do labels matter? The effects of specific and generic labels on university students' openness towards autistic peers. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 97, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2022.102020>. Acesso em: 20 abr. 2024.

OLIVATI, Ana Gabriela; LEITE, Lucia Pereira. Experiências acadêmicas de estudantes universitários com transtornos do espectro autista: uma análise interpretativa dos relatos. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 25, n. 4, p. 729-746, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-65382519000400012>. Acesso em: 20 abr. 2024.

OLIVEIRA, Ana Flávia Teodoro de Mendonça; ABREU, Tiago Florencio de. A percepção do aluno com transtorno do espectro autista sobre o processo de inclusão na Universidade Federal de Goiás (UFG). **Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**, v. 6, n. 2, p. 59-76. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/2358-8845.2019.v6n2.05.p59>. Acesso em: 20 abr. 2024.

PARANÁ. **Lei n. 21.964, de 30 de abril de 2024**. Código Estadual da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Curitiba: Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, 2024. Disponível em: https://aen.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2024-05/pl1710.2023lei21.964_ass_1_0.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

ROBERTSON, Scott Michael. Neurodiversity, quality of life, and autistic adults: shifting research and professional focuses onto real-life challenges. **Disability Studies Quarterly**, v. 30, n. 1, p. 1-22, 2010. Disponível em: <https://>

doi.org/10.18061/dsq.v30i1.1069. Acesso em: 20 abr. 2024.

SANTOS, Wellington Farias dos; *et al.* A inclusão da pessoa com autismo no ensino superior. **Revista Entreideias**, v. 9, n. 3, p. 51-66, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/re.v9i3.33786>. Acesso em: 20 abr. 2024.

SARRETT, Jennifer C. Autismandaccommodations in highereducation: insights fromtheautismcommunity. **JournalofAutismandDevelopmentalDisorders**, v. 48, p. 679-693, 2018. Disponível em: <https://researchgate.net/publication/321812861>. Acesso em: 20 abr. 2024.

SILVA, Solange Cristina da; *et al.* Estudantes com transtorno do espectro autista no ensino superior: analisando dados do INEP. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 24, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392020217618>. Acesso em: 20 abr. 2024.

VAN DEN PLAS, Lies; *et al.* Towards a neurodiversity-affirmativeconceptualisationofpsycho-education in thecontextofautism. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 114, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102391>. Acesso em: 20 abr. 2024.

WUO, Andrea Soares; BRITO, André Luiz Corrêa de. Autismo e o paradigma da neurodiversidade na pesquisa educacional. **Linhas Críticas**, v. 29, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/45911>. Acesso em: 20 abr. 2024.

WUO, Andrea Soares; *et al.* Déficit ou diferença? Um estudo sobre o autismo em pesquisas educacionais. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 1-21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X38975>. Acesso em: 20 abr. 2024.

OS AVANÇOS E OS DESAFIOS DA INCLUSÃO LGPD NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS

Ana Luzia Amaro dos Santos¹

Dilani MC Comb²

Gabriel Nascimento de Carvalho³

Marlon Seabra⁴

1. INTRODUÇÃO

A Lei de Proteção de Dados (LGPD), representam um desafio crucial e, ao mesmo tempo, uma necessidade presente na contemporaneidade. A LGPD, como marco legal para o tratamento de dados pessoais, estabelece parâmetros essenciais para a proteção da privacidade dos cidadãos, impondo a órgãos governamentais a responsabilidade de alinhar suas práticas às exigências desta legislação.

Os avanços nessa integração são fundamentais para assegurar que a administração pública esteja em conformidade com os princípios da LGPD, promovendo a transparência, a segurança e o respeito à privacidade. Contudo, o cenário apresenta desafios consideráveis que demandam atenção e estratégias específicas para sua superação.

Entre os avanços notáveis, destaca-se a conscientização crescente sobre a importância da proteção de dados pessoais, refletida na implementação de mecanismos de governança e na capacitação de servidores públicos. A criação de setores dedicados à gestão de privacidade e a revisão de processos internos são sinais positivos desse progresso.

A falta de uniformidade na interpretação da LGPD pelos diversos setores governamentais pode resultar em disparidades na implementação. Além disso, a necessidade de conciliar a LGPD com outras legislações e políticas setoriais cria um ambiente complexo, muitas vezes desafiador de gerir de forma harmoniosa.

A resistência à mudança, tanto por parte de servidores quanto de gestores, representa outro obstáculo relevante. A cultura organizacional muitas vezes

1 Acadêmica do curso de Direito pelo IAMES.

2 Acadêmica do curso de Direito pelo IAMES.

3 Acadêmico do curso de Direito pelo IAMES.

4 Acadêmico do curso de Direito pelo IAMES.

encontra-se arraigada em práticas tradicionais, dificultando a adaptação aos novos paradigmas propostos pela LGPD. Nesse contexto, é imperativo não apenas avaliar os avanços já conquistados, mas também identificar estratégias eficazes para superar os desafios existentes. A promoção de capacitação contínua, a criação de canais de comunicação internos eficientes e a colaboração interdisciplinar são elementos-chave para o sucesso nesse processo de integração.

Os avanços e os desafios das políticas públicas na LGPD representam um caminho necessário para a construção de uma administração pública moderna, eficiente e, acima de tudo, comprometida com a proteção dos dados pessoais de seus cidadãos.

O enfrentamento dos desafios inerentes a essa jornada é essencial para consolidar uma cultura de respeito à privacidade e garantir o pleno cumprimento dos princípios estabelecidos pela Lei de Proteção de Dados.

2. DESENVOLVIMENTO

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) é uma legislação brasileira que trata da proteção, tratamento e uso de dados pessoais por organizações públicas e privadas. Foi inspirada no Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) da União Europeia e busca garantir o sigilo e a segurança das informações pessoais dos cidadãos. Sua história remonta ao contexto global de avanços tecnológicos, aumento da coleta de dados e a necessidade de proteger a privacidade dos indivíduos.

O avanço da tecnologia, a expansão da internet e o aumento das transações online levaram a uma coleta massiva de dados pessoais por parte de empresas e organizações. Vários escândalos, como o caso Cambridge Analytica, evidenciaram como empresas poderiam usar indevidamente os dados pessoais dos usuários para influenciar comportamentos políticos e de consumo. A sociedade, cada vez mais consciente dos riscos à privacidade, passou a demandar regulamentações mais eficazes para garantir a proteção de seus dados pessoais contra uso indevido e vazamentos. A LGPD foi concebida para garantir que os cidadãos brasileiros tenham mais controle sobre suas informações pessoais, assegurando direitos como acesso, correção e exclusão de dados.

A lei representa um marco na regulamentação da privacidade e segurança de dados no Brasil. Desde então, o governo brasileiro tem buscado incorporar a LGPD em suas políticas públicas, reconhecendo a importância de proteger a privacidade dos cidadãos em um mundo cada vez mais digital.

E as Políticas Públicas desempenha um papel fundamental na proteção dos direitos dos cidadãos, para que assim se cumpra o artigo 5º, X e XII da CF, que trata da inviolabilidade da intimidade, vida privada, honra, imagem das pessoas, assim

como é inviolabilidade dos dados. A privacidade é um componente essencial das políticas públicas, e a LGPD atua como um instrumento legal para garantir que as informações pessoais sejam tratadas de maneira ética e transparente, contribuindo para a construção da confiança entre os cidadãos e as instituições.

Lawrence M. Mead (1995) definiu como política pública, “a área dentro do estudo da política que examina o governo, sob as perspectivas de grandes questões públicas”.

Para Souza:

Política Pública é uma área do conhecimento que procura, concomitantemente, “colocar o governo em ação” e ou examinar essa atitude e, quando essencial, sugerir alterações no curso dessas atitudes. A concepção de políticas públicas consiste no estado em que os governos democráticos transpassam suas intenções e plataformas eleitorais em projetos e ações que renderão resultados ou transformações no mundo (SOUZA, 2006).

A implementação e adesão à LGPD no Brasil envolvem a criação de órgãos fiscalizadores, como a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), no ano de 2019, seis meses após a promulgação da lei. Essa autoridade desempenha um papel importante no contexto das políticas públicas ao garantir a aplicação efetiva da legislação, garantindo a proteção dos dados pessoais e a privacidade dos cidadãos, com o poder de aplicar, sanções e penalidades em caso de violações, incentivando as organizações, incluindo as entidades governamentais, a adotarem boas práticas de proteção de dados.

A transparência é um princípio fundamental das políticas públicas evidencia que a LGPD estabelece a necessidade de as organizações informarem claramente como os dados pessoais são coletados, processados e utilizados, promovendo a transparência nas práticas relacionadas aos dados.

Ceneviva e Farah (2006) firmam que os mecanismos de controle e fiscalização são condicionados pela transparência e pela visibilidade das ações do poder público. Sem transparência, fidedignidade e clareza das informações não há como cidadãos serem cientes de como seus dados pessoais são tratados e assim poderem cobrar agentes públicos.

Sacramento (2007) observa na transparência um instrumento capaz de contribuir para redução da corrupção no espaço público e de aumentar a democracia entre o Estado e a sociedade.

A participação consciente da sociedade quanto aos seus dados pessoais, em qualquer órgão ou banco de dados governamentais, traz ao cidadão segurança nos processos decisórios. A transparência permite que o cidadão acompanhe a gestão pública, analise os procedimentos de seus representantes e favoreça o crescimento da cidadania, trazendo às claras as informações anteriormente veladas nos arquivos públicos.

O poder público, ao atuar como controlador, busca atender a finalidades legítimas e de interesse público. Isso inclui a execução de políticas públicas, a gestão de serviços essenciais e o exercício de suas atribuições legais, o que demanda a coleta e o tratamento de dados pessoais.

O poder público, em suas diversas esferas, muitas vezes lida com legislação específica que regula a coleta e o uso de dados em setores como saúde, educação e segurança. A LGPD, nesse contexto, deve ser interpretada e integrada considerando essas normativas setoriais.

É possível visualizar que o Brasil é possuído de diversas normas setoriais sobre esse assunto e com diversos dispositivos que podem ser aplicados a proteção de dados através da Lei de Acesso a Informação, Lei do Cadastro Positivo, Código Civil do Consumidor e o Marco Civil da Internet. Sendo todas essas um grande avanço e conseqüentemente um aparo ao cidadão e a LGPD.

Os avanços e os desafios das políticas públicas na Lei de Proteção de Dados (LGPD) representam um desafio uma necessidade premente na contemporaneidade. A LGPD, como marco legal para o tratamento de dados pessoais, estabelece parâmetros essenciais para a proteção da privacidade dos cidadãos, impondo a órgãos governamentais a responsabilidade de alinhar suas práticas às exigências desta legislação. Entre os avanços notáveis, destaca-se a conscientização crescente sobre a importância da proteção de dados pessoais, refletida na implementação de mecanismos de governança e na capacitação de servidores públicos. A criação de setores dedicados à gestão de privacidade e a revisão de processos internos são sinais positivos desse progresso. No entanto, os desafios persistem.

A falta de uniformidade na interpretação da LGPD pelos diversos setores governamentais pode resultar em disparidades na implementação. Além disso, a necessidade de conciliar a LGPD com outras legislações e políticas setoriais cria um ambiente complexo, muitas vezes desafiador de gerir de forma harmoniosa.

A escolha do tema “os avanços e os desafios da Inclusão da LGPD nas políticas públicas brasileira” é justificada pela relevância em compreender como as instâncias governamentais estão se adaptando e integrando seus processos às diretrizes estabelecidas pela LGPD. Algumas justificativas específicas incluem:

2.1 Impacto direto na privacidade dos cidadãos: a LGPD visa proteger os direitos individuais relacionados à privacidade e ao tratamento de dados pessoais. Ao analisar a articulação das políticas públicas com essa legislação, é possível avaliar como as ações governamentais impactam diretamente a privacidade dos cidadãos. A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) tem um impacto significativo na privacidade dos cidadãos brasileiros, especialmente quando articulada com políticas públicas. A análise desse impacto permite entender

como as ações governamentais afetam diretamente a privacidade individual.

A LGPD protege dados pessoais sensíveis, como informações de saúde, orientação sexual, crenças religiosas, e opiniões políticas. Isso impõe um nível maior de responsabilidade ao governo no manejo desses dados, reduzindo o risco de discriminação e vazamentos de informações sensíveis.

Uma das principais exigências da LGPD é o consentimento explícito dos cidadãos para a coleta e tratamento de seus dados pessoais. As políticas públicas devem, portanto, garantir que os cidadãos sejam informados de maneira clara e compreensível sobre como seus dados serão utilizados, promovendo maior transparência.

A LGPD confere aos cidadãos vários direitos, como acesso, correção, exclusão e portabilidade de seus dados pessoais. As ações governamentais precisam ser adaptadas para facilitar o exercício desses direitos, permitindo que os cidadãos controlem mais efetivamente suas informações pessoais.

A LGPD exige que as instituições públicas implementem medidas de segurança adequadas para proteger os dados pessoais contra acessos não autorizados, vazamentos e outras ameaças. Isso implica investimentos em infraestrutura tecnológica e treinamento de servidores públicos para garantir a segurança das informações.

A lei promove a minimização da coleta de dados, ou seja, somente os dados necessários para a finalidade específica devem ser coletados. As políticas públicas precisam ser ajustadas para assegurar que a coleta de dados seja limitada ao essencial, reduzindo a exposição dos cidadãos a riscos de privacidade.

A existência da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) assegura que as políticas públicas estejam em conformidade com a LGPD. A fiscalização rigorosa e a possibilidade de sanções aumentam a responsabilidade das instituições públicas na proteção da privacidade dos cidadãos.

Exemplos práticos de impacto na saúde pública: No contexto de programas de saúde pública, a LGPD garante que os dados de saúde dos cidadãos sejam tratados com o mais alto nível de confidencialidade. Informações sobre condições médicas, tratamentos e históricos de saúde são protegidas, o que é crucial em situações como campanhas de vacinação e monitoramento de doenças.

Exemplos práticos de impacto na educação: No setor educacional, a coleta de dados de estudantes deve ser realizada de maneira a proteger a privacidade dos menores, com consentimento adequado dos pais ou responsáveis. A aplicação da LGPD assegura que dados educacionais não sejam utilizados de maneira indevida.

Exemplos práticos de impacto na serviços sociais: Programas de assistência social coletam uma quantidade significativa de dados pessoais para

determinar elegibilidade e necessidades dos beneficiários. A LGPD garante que esses dados sejam utilizados exclusivamente para os fins previstos e protegidos contra acessos indevidos.

A implementação eficaz da LGPD nas políticas públicas exige recursos, capacitação e mudanças estruturais. Muitas vezes, as instituições públicas enfrentam desafios para cumprir todos os requisitos da lei devido a limitações orçamentárias e falta de pessoal treinado.

As políticas públicas precisam encontrar um equilíbrio entre proteger a privacidade dos cidadãos e manter a eficiência na prestação de serviços. Processos burocráticos excessivos podem ser um obstáculo, mas são necessários para assegurar a conformidade com a LGPD.

Garantir que todos os cidadãos estejam cientes de seus direitos sob a LGPD e possam exercê-los é fundamental. Isso requer iniciativas de inclusão digital e educação sobre privacidade e proteção de dados.

A articulação das políticas públicas com a LGPD tem um impacto direto e positivo na proteção da privacidade dos cidadãos brasileiros, promovendo transparência, segurança e controle sobre os dados pessoais.

No entanto, a implementação completa e eficaz da lei continua a ser um desafio significativo que exige esforços contínuos e coordenados das instituições públicas.

2.2 Dignidade humana garantida: estar na origem da LGPD. Os dados pessoais fornecida por pessoas, onde contenha controle de sua devida proteção, decorre de princípio constitucional da Lei Geral de Proteção de Dados.

2.3 Segurança e proteção regulamentadas: a LGPD, traz a previsão de segurança, com consentimento prévio, quando se trata de acesso as informações pessoais e até mesmo jurídicas e pronto atendimento caso o cidadão deseje até mesmo a exclusão de seus dados pessoais.

2.4 Implementação da LGPD no Estado do Amazonas: representa um passo crucial para garantir a privacidade e a proteção dos dados pessoais dos cidadãos. O Amazonas, como outras unidades federativas, enfrenta desafios específicos relacionados à sua vasta extensão territorial, diversidade populacional e infraestrutura tecnológica. A seguir, são destacados os principais avanços e desafios da governança administrativa no estado para proteger os cidadãos no contexto da LGPD.

O Estado do Amazonas tem trabalhado na criação de estruturas administrativas dedicadas à proteção de dados. Isso inclui a formação de comitês ou comissões específicas dentro do governo estadual para tratar de questões relacionadas à LGPD. Há esforços para capacitar os servidores públicos em relação às diretrizes da LGPD. Isso envolve treinamentos, workshops e

cursos de atualização para garantir que os funcionários compreendam suas responsabilidades e saibam como proteger os dados pessoais dos cidadãos.

O estado tem desenvolvido e implementado políticas e procedimentos específicos para a coleta, armazenamento e tratamento de dados pessoais. Isso inclui a criação de protocolos para garantir que os dados sejam utilizados de maneira ética e segura. A colaboração com universidades e instituições de pesquisa tem sido fundamental para promover estudos e desenvolver tecnologias que aprimorem a segurança dos dados. Essas parcerias ajudam a trazer inovação e conhecimento técnico para a governança de dados.

A infraestrutura tecnológica do Amazonas ainda enfrenta limitações, especialmente em áreas remotas. Isso dificulta a implementação uniforme de medidas de segurança de dados em todo o estado.

O estado possui uma diversidade populacional grande, incluindo comunidades indígenas e ribeirinhas. Garantir que todos os cidadãos, independentemente de sua localização ou nível de acesso à tecnologia, tenham seus dados protegidos é um desafio significativo.

A escassez de recursos humanos qualificados e a limitação de recursos financeiros são barreiras para a implementação eficaz da LGPD. Muitas vezes, a alocação de fundos para treinamento e infraestrutura é insuficiente.

A conscientização pública sobre a importância da proteção de dados ainda é limitada. Campanhas educativas são necessárias para informar os cidadãos sobre seus direitos sob a LGPD e como podem proteger suas informações pessoais.

Criar uma autoridade estadual ou local de proteção de dados que possa atuar de maneira mais próxima e específica às necessidades do estado, garantindo a aplicação da LGPD.

Políticas públicas devem ser integradas com a LGPD, garantindo que todos os programas e serviços governamentais estejam em conformidade com a legislação de proteção de dados.

Implementar mecanismos robustos de monitoramento e fiscalização para assegurar que todas as entidades públicas e privadas cumpram as exigências da LGPD.

Investir em tecnologias de segurança da informação, como criptografia e sistemas de gestão de consentimento, para proteger os dados dos cidadãos. Adotar soluções de privacidade por design em todos os novos projetos tecnológicos.

Manter programas contínuos de educação e conscientização para servidores públicos e cidadãos, destacando a importância da proteção de dados e os direitos garantidos pela LGPD.

Garantir a transparência nas práticas de tratamento de dados e estabelecer canais de comunicação eficientes para que os cidadãos possam reportar violações

e solicitar informações sobre seus dados pessoais.

A implementação da LGPD no Estado do Amazonas é um processo complexo que requer uma abordagem multifacetada. A governança administrativa deve focar na criação de estruturas específicas, capacitação contínua, desenvolvimento de políticas integradas, e investimentos em tecnologia e educação. Equilibrar esses elementos é essencial para garantir que os direitos de privacidade dos cidadãos sejam protegidos, ao mesmo tempo em que se promove um ambiente favorável à inovação e ao desenvolvimento tecnológico.

2.5 Necessidade de adequação legal: a LGPD impõe obrigações legais específicas às entidades públicas, exigindo a revisão e adaptação de processos internos. A compreensão das estratégias adotadas para atender a essas exigências é crucial para assegurar a conformidade legal.

2.6 Transparência e prestação de contas: a integração efetiva da LGPD nas políticas públicas contribui para aumentar a transparência na gestão de dados, permitindo uma maior prestação de contas por parte das instituições governamentais.

2.7 Desafios organizacionais e culturais: a articulação da LGPD com políticas públicas enfrenta desafios organizacionais e culturais. Investigar esses desafios proporciona insights valiosos sobre as barreiras enfrentadas pelos órgãos governamentais na implementação da legislação.

2.8 Fomento ao desenvolvimento sustentável: o alinhamento das políticas públicas com a LGPD não apenas protege a privacidade, mas também contribui para um ambiente mais propício ao desenvolvimento sustentável. Isso envolve a promoção da confiança dos cidadãos e empresas nas práticas do governo relacionadas aos dados.

2.9 Experiências internacionais e boas práticas: a análise da articulação de políticas públicas com leis de proteção de dados em outros países pode fornecer insights valiosos e inspirar boas práticas a serem adotadas localmente.

2.10 O avanço tecnológico e inovação: o contexto de avanço tecnológico exige uma atenção especial às implicações éticas e legais do uso de dados. A LGPD se torna uma ferramenta essencial para guiar o desenvolvimento tecnológico de maneira ética e responsável.

O avanço tecnológico e a inovação apresentam enormes oportunidades, mas também trazem consigo implicações éticas e legais significativas, especialmente no uso de dados pessoais. Nesse contexto, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) desempenha um papel crucial ao guiar o desenvolvimento tecnológico de maneira ética e responsável. A seguir, estão destacados os principais pontos sobre como a LGPD influencia esse cenário:

A LGPD garante que os direitos dos indivíduos sejam protegidos em face das tecnologias emergentes. Isso inclui o direito à privacidade, ao acesso e à retificação de dados pessoais, além do direito à exclusão de dados. A proteção desses direitos é essencial em um ambiente de rápida inovação tecnológica.

Tecnologias como inteligência artificial (IA) e big data frequentemente utilizam grandes volumes de dados pessoais. A LGPD exige que as empresas e organizações obtenham consentimento explícito e informado dos usuários antes de coletar e processar seus dados. Isso promove transparência e permite que os indivíduos tenham controle sobre suas informações pessoais.

A lei impõe o princípio da minimização de dados, que determina que apenas os dados estritamente necessários para uma finalidade específica devem ser coletados. Isso ajuda a limitar a quantidade de dados em circulação e reduz os riscos associados ao uso indevido ou ao vazamento de informações.

A LGPD obriga as empresas a implementarem medidas adequadas de segurança para proteger os dados pessoais contra acessos não autorizados, vazamentos e outras ameaças. Isso é especialmente relevante em um cenário de avanço tecnológico, onde as ameaças cibernéticas são constantes e evoluem rapidamente. A lei incentiva a inovação responsável, promovendo práticas de desenvolvimento tecnológico que respeitem a privacidade e os direitos dos indivíduos. Empresas e desenvolvedores são incentivados a considerar as implicações éticas de suas tecnologias desde a fase de design, adotando a privacidade por design e por padrão.

A conformidade com a LGPD pode se tornar um diferencial competitivo para as empresas. Consumidores estão cada vez mais conscientes sobre a privacidade de seus dados e tendem a confiar mais em empresas que demonstram um compromisso claro com a proteção de dados.

A lei pode estimular a pesquisa e o desenvolvimento de novas tecnologias e soluções que priorizem a privacidade e a proteção de dados. Isso inclui o desenvolvimento de técnicas de anonimização e criptografia, bem como ferramentas para a gestão de consentimento e controle de dados.

A necessidade de conformidade com a LGPD impulsiona a educação e a capacitação contínuas de profissionais em áreas como direito digital, segurança da informação e gestão de dados. Isso contribui para a criação de um ecossistema tecnológico mais consciente e preparado para enfrentar os desafios éticos e legais.

A aplicação de IA em diversas áreas, como saúde, finanças e marketing, requer o processamento de grandes quantidades de dados pessoais. A LGPD assegura que essas tecnologias sejam desenvolvidas e aplicadas de maneira que respeite os direitos de privacidade dos indivíduos.

Dispositivos conectados que coletam e compartilham dados continuamente precisam estar em conformidade com a LGPD. Isso inclui a garantia de que os dados coletados sejam usados apenas para os fins declarados e que os usuários sejam devidamente informados e consentam com essa coleta.

As grandes análises de dados podem trazer insights valiosos, mas também apresentam riscos significativos para a privacidade. A LGPD orienta as práticas de big data, exigindo transparência e minimização de dados, além de assegurar a segurança das informações processadas.

O rápido avanço tecnológico exige que a LGPD e suas regulamentações sejam continuamente revisadas e adaptadas para cobrir novas tecnologias e práticas emergentes. A flexibilidade legislativa é crucial para manter a relevância e a eficácia da lei. As tecnologias como a nuvem e a IoT frequentemente envolvem o processamento de dados em escala global. A harmonização das normas de proteção de dados entre diferentes países é fundamental para garantir a proteção adequada dos dados pessoais em um ambiente globalizado.

É essencial encontrar um equilíbrio entre a regulação necessária para proteger os direitos dos indivíduos e a liberdade para inovar. Regulamentações excessivamente restritivas podem sufocar a inovação, enquanto uma abordagem permissiva pode comprometer a privacidade e a segurança dos dados. A articulação e integração das políticas públicas na LGPD não apenas aborda questões legais, mas também toca em aspectos éticos, culturais e tecnológicos que são fundamentais para o adequado funcionamento das instituições públicas em um cenário cada vez mais digital e interconectado.

2.11 Os avanços da LGPD no âmbito do poder público

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709/2018, entrou em vigor no Brasil para regulamentar o tratamento de dados pessoais, proporcionando maior segurança e privacidade aos cidadãos. No âmbito do poder público, a LGPD trouxe significativas mudanças e avanços que impactam a gestão e o tratamento de dados nas instituições governamentais. Este artigo examina os principais avanços e os desafios da implementação da LGPD no setor público brasileiro.

A LGPD exige que as entidades do poder público sejam transparentes em relação ao tratamento dos dados pessoais. Isso implica: as organizações governamentais devem informar aos cidadãos sobre quais dados estão sendo coletados, a finalidade da coleta e como esses dados serão utilizados e as instituições são responsabilizadas pelo tratamento inadequado de dados pessoais, incentivando práticas mais responsáveis e seguras.

A implementação da LGPD no setor público promoveu avanços

significativos na segurança da informação: **órgãos públicos** devem adotar medidas técnicas e administrativas adequadas para proteger os dados pessoais contra acessos não autorizados, vazamentos e outros incidentes de segurança e a capacitação contínua dos servidores públicos em segurança da informação e proteção de dados é agora uma prática essencial, melhorando a habilidade dos órgãos públicos em lidar com dados pessoais de maneira segura.

A LGPD fortaleceu os direitos dos cidadãos em relação aos seus dados pessoais, obrigando o poder público a respeitar esses direitos: os titulares têm o direito de acessar seus dados pessoais mantidos por órgãos públicos e solicitar a correção de dados incorretos, os titulares podem solicitar a anonimização e o bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei.

A criação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) fortaleceu a fiscalização e a aplicação da LGPD no setor público: a ANPD tem o poder de fiscalizar o cumprimento da LGPD por parte das entidades públicas, assegurando que estas estão em conformidade com a legislação, embora as sanções aplicáveis ao setor público sejam mais brandas comparadas ao setor privado, a possibilidade de advertências e a exigência de adequação impõem um nível de responsabilidade e urgência na implementação das normas.

A implementação da LGPD no âmbito do poder público brasileiro representa um avanço significativo na proteção dos dados pessoais e na promoção da transparência e responsabilidade no tratamento desses dados. Apesar dos desafios, os avanços alcançados indicam um compromisso crescente das instituições públicas em garantir a privacidade e a segurança dos dados dos cidadãos. A continuidade dos esforços para superar os obstáculos e a adaptação contínua às novas exigências tecnológicas e culturais são essenciais para a plena eficácia da LGPD no setor público.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) nas políticas públicas brasileiras representa um avanço significativo na proteção dos dados pessoais e na promoção da privacidade. No entanto, esse processo enfrenta diversos desafios, principalmente no que diz respeito ao equilíbrio entre regulação e inovação. A seguir, detalho os avanços e desafios dessa inclusão, bem como a necessidade de equilibrar a proteção dos direitos dos indivíduos e a liberdade para inovar.

A LGPD trouxe um aumento na conscientização sobre a importância da privacidade e da proteção dos dados pessoais, incentivando tanto o setor público quanto o privado a adotar práticas mais rigorosas de segurança e transparência.

A Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) foi estabelecida para supervisionar e garantir o cumprimento da LGPD e tem desempenhado um papel crucial na emissão de diretrizes e na fiscalização das práticas de proteção de dados.

As políticas públicas começaram a integrar mecanismos que garantem maior transparência sobre como os dados pessoais dos cidadãos são coletados, armazenados e utilizados. Isso fortalece o controle dos indivíduos sobre suas informações.

Iniciativas de capacitação e educação sobre proteção de dados foram implementadas para treinar servidores públicos e conscientizar a população sobre seus direitos e deveres sob a LGPD.

Muitos órgãos públicos enfrentam limitações de recursos e necessitam de mais capacitação para implementar as exigências da LGPD de maneira eficaz. A falta de infraestrutura adequada e de profissionais treinados é um desafio significativo.

A LGPD precisa ser harmonizada com outras leis e regulamentações existentes, o que pode ser um processo complexo. A coexistência de múltiplas normas pode gerar conflitos e dificuldades na sua aplicação uniforme.

A mudança de cultura organizacional dentro das instituições públicas é um desafio contínuo. É necessário que os servidores adotem práticas contínuas de privacidade e proteção de dados além do mero cumprimento legal.

A aplicação efetiva de penalidades e a fiscalização contínua são essenciais para garantir a conformidade com a LGPD. No entanto, a ANPD ainda enfrenta desafios em termos de recursos e capacidade de fiscalização ampla e eficiente.

As regulamentações devem ser flexíveis o suficiente para acompanhar o rápido avanço tecnológico, permitindo ajustes e atualizações conforme necessário. Regulamentações excessivamente rígidas podem sufocar a inovação e o desenvolvimento tecnológico.

A LGPD deve promover um ambiente onde a inovação possa florescer de maneira responsável. Isso inclui incentivar práticas de privacidade por design e por padrão, onde a proteção de dados é integrada desde a concepção de novos produtos e serviços.

A colaboração entre o setor público e o privado é crucial para encontrar soluções equilibradas. A troca de experiências e a co-criação de políticas podem ajudar a desenvolver regulamentos que protejam os direitos dos indivíduos sem comprometer a inovação.

A promoção contínua da educação e conscientização sobre a importância da privacidade e da proteção de dados é fundamental. Isso ajuda a criar uma cultura de respeito aos dados pessoais e fomenta práticas inovadoras que respeitam os direitos dos indivíduos.

A inclusão da LGPD nas políticas públicas brasileiras é um passo essencial para proteger os dados pessoais e garantir a privacidade dos cidadãos. No entanto, encontrar um equilíbrio entre regulação e inovação é crucial para evitar que regulamentações excessivamente restritivas limitem o desenvolvimento tecnológico, ao mesmo tempo que uma abordagem permissiva pode comprometer a segurança e a privacidade dos dados. A busca por esse equilíbrio requer uma abordagem contínua e colaborativa, com adaptações constantes às novas realidades tecnológicas e às necessidades da sociedade.

REFERÊNCIAS

CUNDA, Daniela Zago Gonçalves da. Controle de Políticas Públicas pelos Tribunais de Contas: Tutela da efetividade dos direitos e deveres fundamentais. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília: UniCEUB, vol. 01, 2010.

CRAVO, Daniela Copetti. **Lei Geral de Proteção de Dados e o poder público**. organizadores: Daniela Copetti Cravo; Daniela Zago Gonçalves da Cunda; Rafael Ramos. – Porto Alegre: Escola Superior de Gestão e Controle Francisco Juruena; Centro de Estudos de Direito Municipal, 2021.

CUNDA, Daniela Zago G. da; ZAVASCKI, Liane T. Controles da Administração Pública e a efetividade dos direitos fundamentais: breves anotações sobre a atuação dos Tribunais de Contas e do Controle Judicial da Discricionariedade Administrativa. Belo Horizonte: **Revista Interesse Público**, n.º 63, 2010.

FALZONE, Guido. **Il Dovere di Buona Amministrazione**. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore, 1953.

FRAZÃO, Ana. Fundamentos da proteção dos dados pessoais - noções introdutórias para a compreensão da importância da lei Geral de Proteção de Dados. In FRAZÃO, Ana, TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato (Coord.). **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e suas repercussões no direito brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019, p. 24.

FREITAS, Juarez. O princípio da democracia e o controle do orçamento público brasileiro. **Revista Interesse Público**, Porto Alegre, v. 4 (volume especial), p. 11-12, 2002.

_____. O controle social do orçamento público. **Revista Interesse Público**, Porto Alegre: n. 11, p. 13-26, 2001.

_____. Direito Constitucional à Democracia. In: **Direito à Democracia: Ensaio transdisciplinares**. São Paulo: Conceito Editorial, 2011, p. 11-39.

_____. **Direito Fundamental à boa Administração Pública**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2014

GRANDO, Felipe Esteves. O direito fundamental à boa administração pública

e seu diálogo com o direito tributário. Belo Horizonte: **Revista Interesse Público**. v. 12, n. 59, nov./dez. 2009, p.218.

HEINEN, Juliano. **Comentários à lei de Acesso à Informação: Lei nº 12.527/2011**. 2 ed. rev. e atual. Belo Horizonte: Fórum, 2015, p. 44.

LIMBERGER, Têmis. Efetividade da gestão fiscal transparente: o valor da cultura. **Revista Interesse Público**. Porto Alegre, n. 52, 2009, p. 75-88.

____. **O direito à intimidade na era da informática**: a necessidade de proteção dos dados pessoais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

____. Direito e informática: o desafio de proteger os direitos do cidadão. In: **Direitos Fundamentais, Informática e Comunicação**: algumas aproximações. Org: Ingo Wolfgang Sarlet. Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2007, p. 195-225.

MENEZES, Joyceane Bezerra de, COLAÇO, Hian Silva. Quando a Lei Geral de Proteção de Dados não se aplica? In: FRAZÃO, Ana, TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato (Coord.). **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e suas repercussões no direito brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019, p.158. (157-197)

OLIVEIRA, Marco Aurélio Belizze, LOPES, Isabela Maria Pereira. Os princípios norteadores da proteção de dados pessoais no Brasil e sua otimização pela Lei nº 13.709/2018. In: FRAZÃO, Ana, TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato (Coord.). **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e suas repercussões no direito brasileiro**. .1 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019, p.62.

OLIVETTI, Marco. Diritti Fondamentali e Nuove Tecnologie: una mappa del dibattito italiano. In: **Journal of Institutional Studies**, v. 6, n. 2 p. 395-430, maio/ago. 2020. PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Los Derechos Fundamentales**. Madrid: Editorial Tecnos. 9. ed., 2007.

A JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NA GARANTIA DE UM SISTEMA EDUCACIONAL INCLUSIVO: BREVE ENSAIO SOBRE A AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE n. 6590/DF

Éuric Khaúri Oliveira Cassiano¹

Ana Beatriz Almeida Moreno²

À GUIA DE INTRODUÇÃO:

Breve Percurso Histórico do Direito Fundamental à Educação nas Constituições Brasileiras

O artigo faz uma breve análise do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.590/DF, julgada pelo Supremo Tribunal Federal. Neste julgamento, o STF declarou a inconstitucionalidade do Decreto n. 10.502, de 30 de setembro de 2020, que institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. O estudo revela como essa decisão consolidou o entendimento da Suprema Corte na garantia de um sistema educacional inclusivo para pessoas com deficiência. Dessa forma, o texto ressalta a importância do STF em assegurar que as políticas educacionais estejam em conformidade com a Constituição Federal e com os tratados internacionais de direitos humanos.

A Educação é contemplada em todas as constituições brasileiras. O resgate histórico da evolução desse direito no sistema constitucional começa na época

1 Graduado em Direito na Faculdade de Direito da Universidade de Brasília – UnB. Estagiário na Rangel Advocacia, com atuação principal em contencioso estratégico junto a Tribunais Superiores e Órgãos da Administração Pública. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Processo Civil, Acesso à Justiça e Tutela dos Direitos – GEPC/UnB. Integrante do Programa de Iniciação Científica da UnB – ProIC/UnB. E-mail: euric.khauri@gmail.com.

2 Graduada em Direito na Faculdade de Direito da Universidade de Brasília - UnB. Estagiária no Conselho Nacional de Justiça – CNJ, com atuação junto à Secretária-Geral da Presidência, Juíza Federal Dra. Adriana Cruz. Integrante do Fórum Nacional do Poder Judiciário para a Equidade Racial (FONAER) e do Grupo de Trabalho Quilombola, ambos no CNJ. Membro do Programa de Educação Tutorial - PET/UnB. E-mail: abeatrizmoreno04@gmail.com.

do Brasil Império, com a Constituição de 1824, que reconheceu a importância fundamental do direito à educação, em seu artigo 179, incisos XXXII e XXXIII:

Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte.

(...)

XXXII. A Instrução primaria, e gratuita a todos os Cidadãos.

XXXIII. Colégios, e Universidades, onde serão ensinados os elementos das Ciências, Bellas Letras, e Artes.

A presença desses dispositivos constitucionais evidencia a preocupação política com a matéria, pois a constitucionalização do direito à educação se liga diretamente à consecução da cidadania, prevista nos ideários da Revolução Francesa (1789), que reivindicavam o ensino livre, integral, gratuito, laico e democrático³.

Nesse sentido, além da transmissão do conhecimento, a importância do processo educacional se coaduna com o ideal democrático de construção de uma sociedade, pois, conforme palavras doutrinárias do Ministro Celso de Mello, “o acesso à educação é uma das formas de realização concreta do ideal democrático”⁴.

Exprimindo o direito à educação daquela Carta Magna Imperial, o eminente Professor Carlos Roberto Jamil Cury afirma que,

“a instrução primária e gratuita surge como um direito do indivíduo enquanto cidadão, mas não aplicável a todos os brasileiros, porquanto o conceito de cidadania fosse excludente na realidade nacional, haja vista que o contexto sociopolítico da época suprimia mulheres, negros e pobres”⁵.

Por conseguinte, a Lei n. 15.10.1827 instituiu a regulamentação para o direito à educação, conforme previsto na Constituição Imperial, sendo esta frequentemente reconhecida como a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Entretanto, a materialização do ensino naqueles moldes constitucionais e legais, ficou a cargo dos governos locais (Lei n. 16, de 12.08.1834), fato que terminou por reduzir as chances de implementação desse direito⁶.

3 Cf. BOTO, Carlota. **Na revolução francesa, os princípios democráticos da escola pública laica e gratuita: o relatório de Condorcet**. Educação e Sociedade, v. 24, n. 84, p. 735-762, 2003.

4 MELLO FILHO, José Celso de. **Constituição Federal Anotada**. São Paulo: Editora Saraiva, 1986. p. 533.

5 CURY, Carlos Roberto Jamil. **A educação nas constituições brasileiras**. In: STEPHANOU, Maria; BASTOS, Maria Helena Câmara (org.). *Histórias e memórias da educação no Brasil*. Vol. III: Século XX. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2020. P. 22.

6 BULHÕES, Raquel Recker Rabello. *A educação nas constituições brasileiras*. **Revista Lex Humana**, v. 1, n. 1, p. 179–188, 2011, p. 180.

Com a Proclamação da República, a Constituição de 1891, muito embora fosse omissa com relação ao direito a uma educação livre e gratuita, constante no texto constitucional anterior⁷, implementou importantes inovações acerca do direito à educação⁸.

Isso ocorreu porque, contrariamente à Carta Política de 1824, a primeira constituição republicana centralizou o ensino primário à competência da União, outorgando ao Congresso Nacional a atribuição de editar normas acerca do assunto⁹:

Art.34 - Compete privativamente ao Congresso Nacional:

(...)

30. legislar sobre a organização municipal do Distrito Federal, **bem como sobre a polícia, o ensino superior** e os demais serviços que na Capital forem reservados para o Governo da União

Art. 35 - Incumbe, outrossim, ao Congresso, mas não privativamente:

(...)

2º) **animar no País o desenvolvimento das letras, artes e ciências**, bem como a imigração, a agricultura, a indústria e comércio, sem privilégios que tolham a ação dos Governos locais;

3º) **criar instituições de ensino superior e secundário nos Estados;**

4º) **prover a instrução secundária no Distrito Federal.**

Art. 72 - A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)

§ 6º Será leigo o ensino ministrado nos estabelecimentos públicos.

A Constituição de 1934, por seu turno, passou a considerar a educação como um direito social fundamental, atribuindo responsabilidades tanto à família quanto ao Estado, como também dedicou espaço significativo para versar sobre sua natureza de direito fundamental¹⁰:

Art. 149. A educação é o direito de todos e deve ser ministrada pela família e pelos poderes públicos, cumprindo, a estes, proporcioná-la a brasileiros e a estrangeiros domiciliados no país, de modo que possibilite eficientes fatores da vida moral e econômica da Nação, e desenvolva num espírito brasileiro a consciência da solidariedade humana.

7 Esse retrocesso se agrava, uma vez que limitou sobremaneira os direitos políticos, pois os analfabetos não tinham direito ao voto (art. 70, §1º, inciso II, da Constituição de 1891).

8 Cf. ROMANELLI, Otaíza de Oliveira. **História da educação no Brasil**. 23. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

9 A exemplo disso, temos o Decreto n. 981, de 8.11.1890, em que se aperfeiçoou as diretrizes educacionais, abrangendo todos os níveis de ensino, e o Decreto n. 1.075, de 22.11.1890, em que se regulamentou o ensino secundário (*Gymnasio Nacional*).

10 PALMA FILHO, João Cardoso. **A educação brasileira no período de 1930 a 1960: a Era Vargas**. In. Cadernos de Formação: formação de professores educação cultura e desenvolvimento. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010, p. 09 a 11.

Com isso, a Carta Política de 1934 consolidou a competência da União na atribuição de traçar as diretrizes da educação nacional (art. 5º, inciso XIX); instituiu e passou a fiscalizar o então Plano Nacional de Educação (art. 150, alínea “a”), estabelecendo o ensino primário integral, gratuito e de frequência obrigatória (art. 150, parágrafo único, “a” e “b”) e a efetuar ações supletivas na obra educativa, em todo o País (art. 150, “d” e “e”). Aos Estados e ao Distrito Federal, por sua vez, coube a manutenção do sistema educacional, respeitando as diretrizes estabelecidas pela União (art. 151)¹¹.

Além disso, essa Carta Magna Republicana passou a direcionar as vinculações de receitas para a educação, cabendo à União e aos municípios aplicar “nunca menos de dez por cento e os Estados e o Distrito Federal, nunca menos de vinte por cento da renda resultante dos impostos, para manutenção e desenvolvimento do sistema educativo” (art.156). Além disso, reservou parte de rendimentos da União, Estados e do Distrito Federal, para a formação de fundos de educação (art. 157)¹².

Ao ser promulgada, a Constituição de 1937 instituiu o Estado Novo, destacando especial relevo à União, ao ampliar sua competência para “fixar as bases e determinar os quadros da educação nacional, traçando as diretrizes a que deve obedecer a formação física, intelectual e moral da infância e da juventude” (art. 15, IX)¹³.

Entretanto, durante a vigência do Estado Novo (1937-1945), a regulamentação do ensino só foi levada a efeito a partir de 1942, com a Reforma Capanema, que estruturou o ensino industrial, reformou o ensino comercial e criou o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI, trazendo mudanças também ao ensino secundário¹⁴.

Já no fim do Estado Novo e, em seguida, durante o Governo Provisório, outras normativas terminaram por concretizar o direito à educação, conforme a Carta Política de 1937, tais como o Decreto-Lei n. 8.529, de 2.01.1946, que estabelecia novas diretrizes gerais para o ensino primário, organizando o ensino primário supletivo, o Decreto-Lei n. 8.530, de 02.01.1946, que regulamentava o ensino normal, o Decreto-Lei n. 9.613, de 20.08.1946, que instituiu o ensino agrícola, além dos Decretos-Leis n. 8.621 e n. 8.622, ambos de 10.01.1946, que

11 VIEIRA, Sofia. *A educação nas constituições brasileiras: texto e contexto*. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 88, n. 219, p. 291-309, ago/2007, p. 296 a 297.

12 Idem.

13 Idem.

14 Decreto-lei n. 4.073, de 30 de janeiro de 1942, que organizou o ensino industrial; Decreto-lei n. 4.048, de 22 de janeiro de 1942, que instituiu o SENAI; Decreto-lei n.4.244 de 9 de abril de 1942, que organizou o ensino secundário em dois ciclos: o ginásial, com quatro anos, e o colegial, com três anos; Decreto-lei n.6.141, de 28 de dezembro de 1943, que reformou o ensino comercial.

criaram o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC¹⁵.

Cabe salientar que tais normativas orientavam a educação nacional, até a promulgação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei n. 4.024 de 20.12.1961)¹⁶.

Com a queda do Estado Novo e a instituição da democracia, foi promulgada a Constituição de 1946, a qual retoma o espírito da Constituição de 1934, na matéria relativa ao direito fundamental da educação.

Nessa constituição, é estabelecida a competência da União para “legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional” (art. 5º, XV). Isso em razão das constituições anteriores, as quais haviam definido atribuições no sentido de “traçar as diretrizes” (Constituição de 1934) ou “fixar as bases (...) traçando as diretrizes” (Constituição de 1937).

Ademais, o texto constitucional de 1946 fez ressurgir o tema da educação como direito de todos, embora não vinculasse esse direito a um dever do Estado (art. 167). Tal fato se tornou evidente, porquanto o ensino livre e gratuito seria apenas para aqueles que “provassem falta ou insuficiência de recursos” (art. 168, II). No que tange ao ensino religioso, tornou-se não obrigatório (art. 168, V)¹⁷.

Na organização da educação escolar manteve-se a orientação para que os Estados e o Distrito Federal organizassem seus “sistemas de ensino” (art. 171), cabendo à União organizar o “sistema federal de ensino e o dos Territórios, tendo o ensino caráter supletivo, estendendo-se a todo o País, nos estritos limites das deficiências locais” (art. 170)¹⁸.

Após vivenciar a experiência da redemocratização, o País volta a mergulhar numa fase marcada pelo autoritarismo. Com o Golpe Militar de 1964, foi promulgada a Constituição de 1967, que possibilitou a volta da efetivação do direito à educação. Isso porque, após a promulgação dessa Carta Política, concebeu-se a reforma do Ensino Superior (Lei n. 5.540/1968) e a reforma da Educação Básica (Lei n. 5.692/1971)¹⁹.

Mantendo orientação do texto de 1946 (art. 5º, XV), a Constituição de 1967 define ser competência da União legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional (art. 8º, inciso XVII, alínea “q”). Além disso, é acrescida

15 Idem.

16 COSTA, Messias. **A educação nas Constituições do Brasil: dados e direções**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 25.

17 VIEIRA, Sofia. *A educação nas constituições brasileiras: texto e contexto*. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 88, n. 219, p. 291-309, ago/2007, p. 296 a 297

18 Idem.

19 OLIVEIRA, Romualdo Portela de. **Educação e sociedade na Assembleia Constituinte de 1946**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990, p. 38 a 40.

a determinação para a reformulação do Plano Nacional de Educação (art. 8º, inciso XIV)²⁰.

A Constituição de 1967 mantém a concepção de educação como um “direito de todos”, já estabelecido pela Constituição de 1946, no artigo 166, além do declará-la como “dever do Estado” (artigo 176). Seguindo a Carta de 1946, a 1967 também estipula que a educação deve ser “oferecida nos diversos graus pelos poderes públicos” (artigo 176, §1º).

Ademais, embora as constituições anteriores permitissem a liberdade da iniciativa privada em educação, a Constituição de 1967 inova, ao disciplinar que “respeitadas as disposições legais, o ensino é livre à Iniciativa particular, a qual merecerá o amparo técnico e financeiro dos Poderes Públicos, inclusive bolsas de estudo” (artigo 167, § 2º)²¹.

Embora haja outros artigos relevantes sobre a educação na Constituição de 1967, é pertinente mencionar dois dos pontos adicionais relacionados ao financiamento da educação.

Em primeiro lugar, a Constituição autoriza a “intervenção do Estado no município” que não destinar “ao menos vinte por cento de sua receita tributária anual ao ensino primário” (art. 15). Em segundo lugar, é válido destacar o claro retrocesso com a desvinculação dos recursos para a educação. Isso porque, na Constituição de 1946 era obrigatório que a União aplicasse “no mínimo dez por cento, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no mínimo vinte por cento das receitas de impostos na manutenção e desenvolvimento do ensino” (art. 169), fato que foi eliminado na Constituição de 1967²².

A obrigatoriedade de vinculação de receitas foi restaurada anos mais tarde, por meio de Emenda Constitucional, nos anos oitenta. Desde então, a União deve destinar “não menos de treze por cento, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, pelo menos vinte e cinco por cento das receitas de impostos à manutenção e desenvolvimento do ensino” (EC n. 24/83, art. 176, § 4º)²³.

Por fim, a Constituição Federal de 1988 detalha o tema em dez artigos específicos (arts. 205 a 214) e inclui menções em outros quatro dispositivos (arts. 22, XXIV; 23, V; 30, VI; e arts. 60 e 61 do Ato das Disposições Constitucionais

20 Orientações e princípios de Constituições anteriores são reeditados, tais como: o ensino primário em língua nacional (Constituição de 1946, art. 168, I, e Constituição de 1967, art. 176, § 3º, I), a obrigatoriedade e a gratuidade do ensino primário (Constituição de 1946, art. 168, I e II, e Constituição de 1967, art. 176, § 3º, II), o ensino religioso, de matrícula facultativa como “disciplina dos horários normais das escolas oficiais de grau primário e médio” (Constituição de 1946, art. 168, § 5º, e Constituição de 1967, art. 176, § 3º, V).

21 OLIVEIRA, Romualdo Portela de. *Op. cit.*, p. 43.

22 FÁVERO, Osmar (Org.). **A Educação nas Constituições Brasileiras**. São Paulo: Cortez, 1996, p. 39.

23 FÁVERO, Osmar (Org.). *Op. cit.* p. 43.

Transitórias – ADCT). A Carta aborda a educação em variados níveis e modalidades.

Essa Carta Política, evocada como “Constituição Cidadã”, visa à inclusão de grupos historicamente excluídos do direito à educação, estabelecendo princípios como a “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola” (art. 206, I).

Alguns dos direitos assegurados incluem a educação como direito público subjetivo (art. 208, § 1º), a gestão democrática do ensino público (art. 206, VI), o dever do Estado em fornecer creches e pré-escolas para crianças de 0 a 6 anos (art. 208, IV) e a oferta de ensino noturno regular (art. 208, VI). Além disso, garante o ensino fundamental obrigatório e gratuito, inclusive àqueles que não tiveram acesso na idade apropriada (art. 208, I) e, atendimento educacional especializado para portadores de deficiências (art. 208, III)²⁴.

Os fundamentos da educação, estabelecidos na Constituição de 1934 e reafirmados posteriormente, são amplamente reeditados na declaração de que a educação é um “direito de todos e dever do Estado e da família, promovida com a colaboração da sociedade” (art. 205).

Na atual Carta Magna, os princípios do ensino, consolidados no art. 206, incluem a liberdade de ensinar, aprender, pesquisar e divulgar conhecimentos; o pluralismo de ideias pedagógicas; a gratuidade do ensino público; a valorização dos profissionais da educação com garantias de carreira e salários dignos e a garantia de padrão de qualidade.

A Constituição de 1988 também faz a primeira menção à autonomia universitária (art. 207) e a vinculação de recursos para a educação, estabelecendo que a União, estados e municípios apliquem os percentuais definidos, de suas receitas de impostos, na educação (art. 212)²⁵.

A liberdade de ensino, reiterada em termos mais modernos, reafirma que o ensino é livre à iniciativa privada, com a observância de normas nacionais e avaliação de qualidade pelo poder público (art. 209).

A Constituição Federal de 1988 ainda trata da importância da colaboração entre diferentes esferas do governo, para a organização dos sistemas de ensino (art. 211), estabelecendo diretrizes para a expansão da oferta de vagas na rede pública (art. 212, § 1º).

Finalmente, é louvável a previsão de um Plano Nacional de Educação, desta feita, estruturado por metas de curto, médio e longo prazo, materializadas nas políticas educacionais do país (art. 214), além de focar na eliminação do

24 MARTINS, Vicente de Paula da Silva. **Constituição e educação: análise evolutiva da educação na organização constitucional do Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1996, p. 59

25 FÁVERO, Osmar (Org.). Op. cit. p. 128.

analfabetismo e universalização do ensino fundamental, como prioridades nacionais (ADCT, art. 60).

A INCLUSÃO EDUCACIONAL COMO FUNDAMENTO DA ORDEM CONSTITUCIONAL:

O Contexto de Ingresso da ADI 6.590/DF no Supremo Tribunal Federal

A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 6.590/DF²⁶, de relatoria do Ministro Dias Toffoli, do Supremo Tribunal Federal (STF), questiona a constitucionalidade do Decreto Presidencial n. 10.502, de 30.09.2020, o qual institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida.

Julgada procedente para declarar inconstitucional o Decreto Presidencial, a ADI n. 6.590/DF foi assim ementada:

Referendo de medida cautelar em ação direta de inconstitucionalidade. Decreto n. 10.502, de 30 de setembro de 2020. Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. Ato normativo que inova no ordenamento jurídico. Densidade normativa a justificar o controle abstrato de constitucionalidade. Cabimento. Artigo 208, inciso III, da Constituição Federal e Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Educação inclusiva como paradigma constitucional. Inobservância. Medida cautelar deferida referendada.

1. O Decreto n. 10.502/2020 inova no ordenamento jurídico. Seu texto não se limita a pormenorizar os termos da lei regulamentada (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), promovendo a introdução de uma nova política educacional nacional, com o estabelecimento de institutos, serviços e obrigações que, até então, não estavam inseridos na disciplina educacional do país, sendo dotado de densidade normativa a justificar o cabimento da presente ação direta de inconstitucionalidade. Precedentes: ADI n. 3.239/DF, Rel. Min. Cezar Peluso, Rel. p/ o ac. Min. Rosa Weber, Tribunal Pleno, DJe de 1º/2/2019; ADI n. 4.152/SP, Rel. Min. Cezar Peluso, Tribunal Pleno, DJe de 21/9/2011; ADI n. 2.155/PR-MC, Rel. Min. Sydney Sanches, Tribunal Pleno, DJ de 1º/6/2001.

2. A Constituição estabeleceu a garantia de atendimento especializado às pessoas com deficiência preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208, inciso III). A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - primeiro tratado internacional aprovado pelo rito legislativo, previsto no art. 5º, § 3º, da Constituição Federal e internalizado por meio do Decreto Presidencial n. 6.949/2009 - veio reforçar o direito das pessoas com deficiência à educação livre de discriminação e com base na igualdade de oportunidades, pelo que determina a obrigação dos

²⁶ Julgada conjuntamente com a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 751/DF, ajuizada pelo Partido Rede Sustentabilidade.

estados partes de assegurar um sistema educacional inclusivo em todos os níveis. Precedente: ADI n. 5.357/DF, Rel. Min. Edson Fachin, Tribunal Pleno, DJe de 11/11/16.

3. O paradigma da educação inclusiva é o resultado de um processo de conquistas sociais que afastaram a ideia de vivência segregada das pessoas com deficiência ou necessidades especiais para inseri-las no contexto da comunidade. Subverter esse paradigma significa, além de grave ofensa à Constituição de 1988, um retrocesso na proteção de direitos desses indivíduos.

4. A Política Nacional de Educação Especial questionada contraria o paradigma da educação inclusiva, por claramente retirar a ênfase da matrícula no ensino regular, passando a apresentar esse último como mera alternativa dentro do sistema de educação especial. Desse modo, o Decreto n. 10.502/2020 pode vir a fundamentar políticas públicas que fragilizam o imperativo da inclusão de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação na rede regular de ensino.

5. Medida cautelar referendada.

(STF, ADI 6590 MC-Ref, Relator Ministro Dias Toffoli, Tribunal Plenoj. em 21.12.2020, DJe de 11.02,2021).

O Decreto n. 10.502, de 30.09.2020, estabelece a “Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida”. Este decreto previa a possibilidade de segregação de crianças e adolescentes com deficiência, por meio de classes ou escolas especializadas para eles.

O conteúdo do referido decreto ofende a estrutura lógico-jurídica estabelecida na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30.03.2007 (instituída no Brasil por meio do Decreto n. 6.949, de 25.08.2009). Isso porque, o Ato Normativo impugnado, não convergia para a garantia de direitos e para a execução de políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência, conforme a lógica da inclusão social.

Com isso, o Partido Socialista Brasileiro (PSB) ingressou com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), ora analisada, sustentando que o ato impugnado violaria os arts. 3º, inciso IV, e 208, inciso III, da Constituição Federal, assim como aos preceitos fundamentais da Educação, dos direitos das pessoas com deficiência, da dignidade humana, da não discriminação e da proibição do retrocesso em matéria de direitos humanos

Em síntese, a alegação seria de que o Decreto impugnado teria, na realidade, como real objetivo, promover incentivos para a criação de escolas e classes especializadas para alunos com deficiência, ação que discrimina e segrega essa parcela da população estudantil.

Ao ser admitida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), o Ministro Relator Dias Toffoli, assim pontuou em sua decisão na qual concedeu a medida liminar:

O Decreto n. 10.502, de 30 de setembro de 2020, promoveu alterações na política nacional de educação, contendo previsão da implementação de escolas e classes específicas para atendimento de alunos da educação especial, em contexto de aprendizagem separado dos demais educandos, das quais destaco, por exemplo, as escolas especializadas, as classes especializadas, as escolas bilíngues de surdos e as classes bilíngues de surdos. (...) Em matéria educacional, a Constituição estabeleceu a garantia de atendimento especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. (...) Percebe-se, portanto, que o Brasil internalizou, em seu ordenamento constitucional, um compromisso com a educação inclusiva, ou seja, com uma educação que agrega e acolhe as pessoas com deficiência ou necessidades especiais no ensino regular, ao invés segregá-las em grupos apartados da própria comunidade.

Os direitos das pessoas com deficiência, especialmente crianças e adolescentes, devem ser assegurados pela sociedade e pelo Estado, no sentido de garantir inclusão plena. No entanto, o Decreto n. 10.502, de 30 de Setembro de 2020, falha nesse aspecto, ao permitir a exclusão dessas pessoas do sistema regular de ensino, violando direitos fundamentais.

Essa política contraria as normas previstas na Constituição e na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que preconiza o respeito ao melhor interesse da criança e a promoção da educação inclusiva.

A INCLUSÃO COMO FUNDAMENTO DA ORDEM EDUCACIONAL CONSTITUCIONAL:

Breve análise sobre a ADI 6.590/DF

A diversidade, - seja de indivíduos, crenças, ideologias, e assim por diante, - é um pilar essencial da democracia e da convivência democrática em sociedade²⁷. Na tessitura jurídico-política, o envolvimento do Estado na inclusão de pessoas com deficiência, requer o amadurecimento da compreensão de que é uma ação positiva, de duplo impacto. Isso se deve ao fato de que essa intervenção diz respeito à inclusão das pessoas com deficiência, e, observando noutra perspectiva, está relacionada ao direito de participação, assegurado constitucionalmente pela CF/88, à sociedade brasileira, como um todo, de participarem de uma arena democrática diversificada²⁸.

Seguindo essa linha de pensamento, a atual Constituição da República

27 ARAÚJO, Luiz Alberto David. **Painel sobre a Proteção das Pessoas com Deficiência no Brasil: A Aparente Insuficiência da Constituição e uma Tentativa de Diagnóstico**. In: ROMBOLÍ, Roberto; ARAÚJO, Marcelo Labanca Corrêa de (Orgs.). *Justiça Constitucional e Tutela Jurisdicional dos Direitos Fundamentais*. Belo Horizonte: Arraes, 2015. p. 469.

28 OLIVEIRA, Romualdo Portela de. **O direito à educação**. Gestão, financiamento e direito à educação. São Paulo: Xamã, 2001, p. 15 e 16.

Federativa do Brasil estabelece, em vários de seus dispositivos, a proteção da pessoa com deficiência, como evidenciado nos artigos 7º, XXXI, 23, II, 24, XIV, 37, VIII, 40, § 4º, I, 201, § 1º, 203, IV e V, 208, III, 227, § 1º, II, e § 2º, e 244.

Nesse diapasão, o Ministro Edson Fachin em seu voto, por ocasião do julgamento da ADI 5.357 MC-Ref/DF, pontuou que

pluralidade e igualdade são duas faces da mesma moeda. O respeito à pluralidade não prescinde do respeito ao princípio da igualdade. E na atual quadra histórica, uma leitura focada tão somente em seu aspecto formal não satisfaz a completude que exige o princípio. Assim, a igualdade não se esgota com a previsão normativa de acesso igualitário a bens jurídicos, mas engloba também a previsão normativa de medidas que efetivamente possibilitem tal acesso e sua efetivação concreta.²⁹

Somente o convívio com a diferença, por meio do necessário acolhimento, pode haver a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, em que o bem de todos seja promovido, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, ou quaisquer outras formas de discriminação.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) - (Decreto n. 6.949/2009), aprovada pela Organização das Nações Unidas, inaugurou um novo paradigma internacional de garantia e promoção dos direitos das pessoas com deficiência.

O tratado adota um novo modelo para compreensão do conceito de deficiência, no qual o Estado e a sociedade são responsáveis por criar condições, em todos os espaços e instituições, para que pessoas com deficiência não sejam discriminadas, sejam efetivamente incluídas e consigam usufruir de seus direitos, em todas as instâncias, de forma plena e em condições de igualdade com o restante da sociedade:

Artigo 4

Obrigações gerais

1. Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados Partes se comprometem a:

- a) Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção;
- b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência;
- c) Levar em conta, em todos os programas e políticas, a proteção e a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência;
- d) Abster-se

²⁹ STF, ADI 5357 MC-Ref, Relator Ministro Edson Fachin, Tribunal Pleno, j. em 09.06.2016, DJe de 10.11.2016, pág. 02.

de participar em qualquer ato ou prática incompatível com a presente Convenção e assegurar que as autoridades públicas e instituições atuem em conformidade com a presente Convenção;
(...)

Dentre os diversos campos que precisaram se adaptar ao conteúdo dessa Convenção, a educação possui destaque, porquanto compreende grande parte da experiência compartilhada entre cidadãos, principalmente nos primeiros anos de vida³⁰.

Desde a assinatura do Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, ratificando a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, o Brasil passou a adotar medidas para se adequar aos preceitos internacionais, tais como: **a)** promulgação da **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Lei n. 13.146, de 06.07.2015) e **b)** instituição da **Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação** (elaborada pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria n. 555/2007, prorrogada pela Portaria n. 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07.01.2008).

Outros exemplos também são colhidos. Para exemplificar as políticas públicas na Educação Especial, destaca-se três decretos importantes: o **Decreto n. 3.298/1999**, que estabeleceu a matrícula compulsória de pessoas com deficiência em cursos regulares; o **Decreto n. 6.094/2007**, que direcionou a União a garantir acesso e permanência dessas pessoas nas classes comuns do ensino regular, e o **Decreto n. 7.611/2011**, que definiu o atendimento educacional especializado com atividades e recursos complementares à formação de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, ou superdotados.

É importante ressaltar que o adotado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), é o modelo social, conforme estabelecido em seu artigo 1º. Esse modelo passa a direcionar qualquer regulamentação relacionada às pessoas com deficiência, contrapondo-se ao antigo modelo, assentado na patologia³¹:

30 GONZAGA, Eugênia. **Direitos de pessoas com deficiência: garantia e igualdade na diversidade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: WVA Ed. 2012, p. 103

31 Nas palavras do Ministro Dias Toffoli, “(...) É bem verdade que a educação inclusiva nem sempre foi o paradigma para a escolarização de pessoas com deficiência no Brasil, sendo certo que, por muito tempo, foi dado um olhar precipuamente terapêutico, com pouca ênfase às atividades educacionais e acadêmicas. A partir dos anos 1970, a educação especial passou a ser institucionalizada, com foco em garantir o acesso de alunos com deficiência à escola, mediante a implementação de serviços especializados paralelos ao ensino regular. Ocorreu que, na esteira de uma tendência mundial direcionada à inclusão de grupos excluídos, formou-se uma nova concepção de educação especial, a partir da noção de que as pessoas com deficiência devem acessar as condições de vida usufruídas pelos demais membros da sua comunidade” (STF, ADI 6590 MC-Ref, Relator Ministro Dias Toffoli, Tribunal Pleno, j. em 21.12.2020, DJe de 11.02.2021)

Artigo 1

Propósito

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente. Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

O modelo social da deficiência pode ser mais bem compreendido, pela necessidade de garantir liberdade e participação da vida social, para todas as pessoas com deficiência, e especialmente às crianças. Nas palavras de Paula Gaudenzi e Francisco Ortega,

para os defensores do Modelo Social o corpo atípico não é um destino de exclusão. Habitar um corpo anômalo é uma experiência singular que pode ser descrita de diversas formas, dependendo da experiência subjetiva e do aporte ambiental. Se o prejuízo sofrido pelos deficientes for analisado como resultado da sociedade, as pessoas com deficiência serão vistas como membros de uma minoria cujos direitos foram violados por uma maioria injusta. Assim, o foco da atenção aos deficientes seria permitir às pessoas com deficiência liberdade para participar da vida social e das oportunidades.³²

Nesse sentido, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência estabelece que as barreiras impostas pelo ambiente às pessoas com deficiência devem ser eliminadas pelo Estado para promover a inclusão.

Nessa perspectiva, a Lei Brasileira de Inclusão adota esse modelo e prioriza os direitos das pessoas com deficiência, especialmente em seu bem-estar pessoal, social e econômico (Artigo 8º). Quanto à educação, a lei garante um sistema inclusivo em todos os níveis, com responsabilidade do poder público em sua criação, desenvolvimento e avaliação, visando garantir o direito à educação de forma efetiva (Capítulo IV, Artigos 27 a 30).

Considerando o conceito de deficiência, fixado pela Convenção, foi necessário que também fosse forjado um modelo educacional que o compreendesse. Esse modelo é a *educação inclusiva*, previsto no artigo 24 da CDPD.

A definição de educação inclusiva apresentada neste texto normativo abrange a ideia de que a deficiência é determinada pelas barreiras presentes no ambiente social. Para garantir o direito à educação, das pessoas com deficiência, é necessário superar essas barreiras, que impedem a efetividade de um modelo

32 GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Revista de Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3061-3070, out/2016, p. 3063.

educacional inclusivo, conforme se extrai do Comentário Geral n. 4, do Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em relação ao artigo 24 da CDPD:

(...) a inclusão é um processo que envolve a reforma sistêmica, incorporando aprimoramentos e modificações em conteúdo, métodos de ensino, abordagens, estruturas e estratégias de educação para superar barreiras, com a visão de oferecer a todos os estudantes uma experiência e um ambiente de aprendizado igualitário e participativo, que corresponde às suas demandas e preferências. Inserir estudantes com deficiência em salas de aula tradicionais sem esses aprimoramentos e modificações não constitui inclusão (livre tradução).³³

É relevante destacar que o direito à educação já estava estabelecido em diversos dispositivos constitucionais anteriores, conforme amplamente demonstrado ao longo deste estudo. No caso das pessoas com deficiência, esse direito é assegurado pelo Estado, com atendimento educacional especializado, de preferência na rede regular de ensino, conforme o artigo 208, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

Portanto, a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência traz mudanças e detalhes específicos às disposições gerais da Constituição, no que concerne aos direitos das pessoas com deficiência.

Assim, os artigos relacionados à educação, especialmente o artigo 208, inciso III, devem ser interpretados à luz do artigo 24 da CDPD. Conforme esse dispositivo, não há espaço para o Estado ou o setor privado optarem por outro modelo educacional. Eles são obrigados a garantir a educação inclusiva no ensino regular, em todas as circunstâncias, implementando adaptações razoáveis, como é feito através do Atendimento Educacional Especializado (AEE), visando eliminar completamente as barreiras para a inclusão de pessoas com deficiência, em todos os contextos da sociedade.

No mesmo sentido, por ocasião do julgamento da ADI ora em análise, o Ministro Dias Toffoli, assim pontuou:

(...) o paradigma da educação inclusiva, portanto, é o resultado de um processo de conquistas sociais que afastaram a ideia de vivência segregada das pessoas com deficiência ou necessidades especiais para inseri-las no contexto da comunidade.³⁴

O direito à educação inclusiva de crianças e adolescentes com deficiência também já foi tema de julgamento do Egrégio Supremo Tribunal Federal, no

33 CRPD/C/GC/4. *Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment N. 4 (2016). Article 24: Right to inclusive education.*

34 STF, ADI 6590 MC-Ref, Relator Ministro Dias Toffoli, Tribunal Pleno, j. em 21.12.2020, DJe de 11.02.2021, pág. 14.

âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 5.357/DF, de Relatoria do Ministro Edson Fachin.

No julgamento do mérito da ação, o Ministro Relator Edson Fachin prevaleceu com o entendimento pela improcedência da ação. Seu voto enfatizou que a inclusão e a convivência com as diferenças são essenciais para a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, como expresso a seguir:

(...) somente com o convívio com a diferença e com o seu necessário acolhimento que pode haver a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, em que o bem de todos seja promovido sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.³⁵

Na oportunidade do julgamento, também foi ressaltado pelo saudoso Excelentíssimo Ministro Teori Zavascki, a importância do reconhecimento dos benefícios da educação inclusiva para todos os alunos:

(...) uma escola que se preocupa em ir mais além da questão econômica, em preparar seus alunos para a vida, deve, na verdade, encarar a presença de crianças com deficiência como uma especial oportunidade de apresentar a todas as crianças, principalmente às que não têm deficiências, uma lição fundamental de humanidade, um modo de convivência sem exclusões, sem discriminações, num ambiente de solidariedade e fraternidade.³⁶

No mesmo sentido, a Ministra Rosa Weber pontuou que,

(...) pelo simples fato de ser pessoa, o aluno com deficiência faz jus ao direito de “estar no mundo”, de ocupar os mesmos espaços sociais ocupados pelas demais pessoas e de usufruir, em igualdade de condições, os direitos e benefícios a outros ofertados. Por fim, acresço que muitas das mazelas vistas nos dias atuais, decorrentes do ódio, da competição, do desrespeito e do sentimento de superioridade em relação ao Outro, “legítimo estrangeiro diante de nós”, como dito pelo Ministro Fachin, deitam raízes no fato de não termos tido a oportunidade de participar da construção diária de uma sociedade inclusiva e acolhedora, em que a diversidade é valorizada, em que o egoísmo cede lugar ao altruísmo e em que as diferenças são vistas como inerentes a todos os seres humanos, o que torna a deficiência apenas um detalhe da nossa humanidade. É essa a sociedade capaz de se tornar livre, justa, solidária e promotora do bem de todos, sem discriminação, conforme os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, a teor do art. 3º, I e IV, da Lei Maior.³⁷

O mesmo entendimento foi seguido pela Ministra Cármen Lúcia, que assim consignou:

35 STF, ADI 5.357/DF, Tribunal Pleno, Relator Ministro Edson Fachin, j. em 17.02.2017, DJe de 07.03.2017.

36 Idem.

37 Idem.

[c]umpre lembrar que o direito à educação das pessoas com deficiência decorre da incorporação ao ordenamento jurídico brasileiro, nos termos do §3º do art. 5º da Constituição da República de 1988, da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, adotados em 30 de março de 2007, internalizados no ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto n. 6.949/2009, com aprovação por meio do Decreto Legislativo n. 186/2008. O art. 24 desse ato internacional salvaguarda o princípio da igualdade no acesso ao sistema educacional pelas pessoas com deficiência e exige dos Estados a garantia de um “sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida” (art. 24, 1)³⁸

Conforme demonstrado, o paradigma estabelecido pela Corte revela a inconstitucionalidade de qualquer norma que institua uma política segregadora e discriminatória que não garanta educação inclusiva. Isso porque o Supremo Tribunal Federal já consolidou que a educação inclusiva deve ser amplamente assegurada, sem discriminações, para promoção igualdade e enfrentar preconceitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, neste ensaio, ressaltar que a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem sido fundamental na promoção de um sistema educacional reconhece e encoraja a inclusão.

As decisões do STF sobre a matéria, especialmente em casos como a ADI n. 6.590/DF, demonstram compromisso com a proteção dos direitos das pessoas com deficiência, alinhadas que estão, aos princípios constitucionais e tratados internacionais, que o Brasil se comprometeu a seguir.

Observa-se, na evolução do direito à educação no Brasil, o mecanismo da inclusão, como direito fundamental, sobretudo a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, ser considerado como um vetor de justiça social, que conta com o STF como guardião dos direitos fundamentais e da ordem democrática. Ao garantir que políticas educacionais promovam a inclusão efetiva, o STF cumpre seu papel constitucional e reafirma a educação como um direito de todos.

Portanto, o compromisso com a educação inclusiva, reiterado pelo STF, deve continuar sendo um farol de orientação para políticas públicas, garantindo que todos os indivíduos, especialmente aqueles com deficiência, possam participar, plenamente, da sociedade, contribuindo para um Brasil mais justo e igualitário.

Assim, a educação inclusiva transcende a sala de aula, refletindo os valores mais profundos de uma sociedade que respeita e valoriza a diversidade humana como um de seus maiores ativos.

38 Idem.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Luiz Alberto David. Painel sobre a Proteção das Pessoas com Deficiência no Brasil: A Aparente Insuficiência da Constituição e uma Tentativa de Diagnóstico. In: ROMBOLI, Roberto; ARAÚJO, Marcelo Labanca Corrêa de (Orgs.). *Justiça Constitucional e Tutela Jurisdicional dos Direitos Fundamentais*. Belo Horizonte: Arraes, 2015.
- BOTO, Carlota. Na revolução francesa, os princípios democráticos da escola pública laica e gratuita: o relatório de Condorcet. **Educação e Sociedade**, v. 24, n. 84, p. 735-762, 2003.
- BRASIL. **Decreto Executivo n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transorno-do-espectro-autista/referencias-bibliograficas> Acesso em: 20 mai. 2024.
- BULHÕES, Raquel Recker Rabello. A educação nas constituições brasileiras. **Revista Lex Humana**, v. 1, n. 1, p. 179–188, 2011, p. 180.
- COSTA, Messias. **A educação nas Constituições do Brasil: dados e direções**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- CURY, Carlos Roberto Jamil. A educação nas constituições brasileiras. In: STEPHANOU, Maria; BASTOS, Maria Helena Câmara (org.). **Histórias e memórias da educação no Brasil: Vol. III: Século XX**. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2020.
- FÁVERO, Osmar (Org.). **A Educação nas Constituições Brasileiras**. São Paulo: Cortez, 1996.
- GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Revista de Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3061-3070, out/2016.
- GONZAGA, Eugênia. **Direitos de pessoas com deficiência: garantia e igualdade na diversidade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: WVA Ed. 2012.
- MARTINS, Vicente de Paula da Silva. **Constituição e educação: análise evolutiva da educação na organização constitucional do Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1996.
- MELLO FILHO, José Celso de. **Constituição Federal Anotada**. São Paulo: Editora Saraiva, 1986.
- OLIVEIRA, Romualdo Portela de. **Educação e sociedade na Assembleia Constituinte de 1946**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
- OLIVEIRA, Romualdo Portela de. **O direito à educação. Gestão, financiamento e direito à educação**. São Paulo: Xamã, 2001.
- PALMA FILHO, João Cardoso. A educação brasileira no período de 1930

a 1960: a Era Vargas. In. **Cadernos de Formação**: formação de professores educação cultura e desenvolvimento. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

ROMANELLI, Otaíza de Oliveira. **História da educação no Brasil**. 23. Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

VIEIRA, Sofia. A educação nas constituições brasileiras: texto e contexto. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 88, n. 219, p. 291-309, ago/2007.

POLÍTICAS DE IGUALDADE DE GÊNERO NA PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS, CIDADANIA E INCLUSÃO

Horácio Lessa Ramalho¹

INTRODUÇÃO

A promoção da igualdade de gênero e a garantia de direitos para grupos vulneráveis são pilares fundamentais para a construção de uma sociedade justa e inclusiva. As políticas de igualdade de gênero visam eliminar as imensas disparidades entre homens e mulheres, buscando também a inclusão e proteção de indivíduos pertencentes à comunidade LGBT.

Nesse contexto, deve-se destacar a importância de criar condições que assegurem o acesso equitativo aos direitos para mulheres e pessoas LGBT, permitindo que estes exerçam sua cidadania de maneira plena e justa. A importância dessas políticas reside na necessidade de corrigir desigualdades históricas e garantir que todos os cidadãos tenham as mesmas oportunidades, direitos e responsabilidades, independentemente de seu gênero ou orientação sexual.

Para abordar a temática e contextos das políticas de igualdade de gênero e sua relevância na garantia de direitos, cidadania e inclusão, o presente capítulo utiliza metodologia de revisão de literatura. Foram analisados artigos acadêmicos, documentos governamentais e relatórios de organizações não governamentais, destacando olhares, reflexões e análises das principais políticas implementadas e/ou projetos em tramitação, seus impactos e desafios. A revisão de literatura permite uma compreensão das estratégias adotadas em diferentes contextos e a avaliação de suas efetividades na promoção da igualdade de gênero.

UM PANORAMA DOS TRATADOS INTERNACIONAIS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS E IGUALDADE

O Brasil ratificou todos os tratados internacionais destinados a proteger e promover os direitos das mulheres, abrangendo desde a Convenção sobre a

¹ Master Business Administration pela Fundação Getúlio Vargas em Relações Governamentais. Graduado em Ciência Política com Ênfase em Políticas Públicas. E-mail: horacio.lessar@gmail.com.

Nacionalidade da Mulher Casada até a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher.

Nesse sentido, documentos globais sobre direitos humanos fundamentais abordam a igualdade de gênero e estabelecem princípios essenciais a esse respeito, iniciando pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), aprovada pelas Nações Unidas e atualmente com 193 Estados signatários, proíbe a discriminação baseada em sexo em quatro ocasiões distintas (artigos 1, 3, 13b, 55c e 76c).

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979), ratificada por 189 países, detalha essa proibição e fortalece a proteção dos direitos das mulheres desde sua primeira versão.

Artigo 1º Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher independentemente de seu estado civil com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos: político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. (CEDAW, 1979, Art. 1º).

Por sua vez, a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em junho de 1993 em Viena, reconheceu que:

Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais. A violência de gênero e todas as formas de assédio e exploração sexual são incompatíveis com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser eliminadas. Os direitos humanos das mulheres devem ser parte integrante das atividades das Nações Unidas, que devem incluir a promoção de todos os instrumentos de direitos humanos relacionados à mulher. (ONU, 1993, Art. 18).

A igualdade tem se mantido predominantemente formal, sendo um desafio significativo convertê-la em uma igualdade real entre mulheres e homens. Isso se torna ainda mais evidente quando se observa que a construção histórica dos direitos humanos sempre ocorreu com a exclusão das mulheres e o fortalecimento de ideologias patriarcais.

Estimativas da Organização das Nações Unidas, publicadas no relatório “World Population” (United Nations, 2015), indicavam que 3,62 bilhões de pessoas enfrentavam obstáculos significativos ao exercício de seus direitos fundamentais e ao seu pleno desenvolvimento. Nessa situação, uma parcela substancial da população mundial é impedida de contribuir plenamente para a política, sociedade e economia.

O relatório ONU ressalta que a remoção dessas barreiras permitiria que esses indivíduos participassem mais ativamente e de forma mais significativa em

suas comunidades. A exclusão de tais indivíduos representa violação de direitos humanos básicos, resultando na perda de um enorme potencial humano que poderia impulsionar o progresso e o desenvolvimento em diversas esferas.

Ao garantir que todos os cidadãos tenham acesso igualitário a oportunidades educacionais, empregos decentes, e direitos legais, promove-se justiça social, fortalecendo coesão social e crescimento econômico sustentável. Nesse sentido, a inclusão de mulheres e grupos minoritários no desenvolvimento econômico e político é indispensável no desenvolvimento de sociedades mais equitativas e prósperas.

A Convenção da ONU sobre a Mulher também apresenta dispositivos tutelares dos direitos das mulheres que versam sobre a participação na vida pública e política do país, sobre oportunidades de emprego e remuneração, sobre a influência decisiva de assuntos relativos ao casamento e às relações familiares, assim como outros direitos civis, políticos, econômicos e sociais (ONU Mulheres, *sd.*).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1996) representa um compromisso essencial do sistema regional-especial de proteção aos direitos humanos. Ratificada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos em junho de 1994, foi posteriormente integrada ao ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto Presidencial n. 1.973, de 1º de agosto de 1996.

Como resultado, o Brasil se comprometeu perante as Nações signatárias com a plena aplicação e execução do tratado pelo Poder Judiciário. A Convenção visa prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, protegendo-a, fortalecendo assim os fundamentos dos direitos humanos em nível nacional e regional, e, nesse sentido, declara:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. (Convenção de Belém do Pará, Preâmbulo do Anexo, 1996).

Segundo o disposto na Convenção, violência direcionada à mulher representa transgressão aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, restringindo, de forma total ou parcial, o reconhecimento, desfrute e exercício desses direitos e liberdades. Tal violência é considerada uma afronta à dignidade humana e uma expressão das relações de poder historicamente desequilibradas entre os gêneros feminino e masculino.

Mas apesar dos propalados avanços legais e sociais, a implementação efetiva das normas enfrenta desafios significativos. A perpetuação de estereótipos

de gênero, a violência doméstica e a disparidade salarial são exemplos de problemas persistentes, que requerem ações contínuas por parte do Estado e da sociedade civil.

BREVE DISCUSSÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE PROTEÇÃO E IGUALDADE DE GÊNERO

A Constituição Federal de 1988 incorporou princípios fundamentais de igualdade e não discriminação, fornecendo base sólida para políticas públicas voltadas à promoção da igualdade de gênero. Artigos específicos da Carta Magna garantem direitos iguais entre homens e mulheres, e preveem a criação de mecanismos de proteção e promoção desses dos mesmos:

O art. 3º prevê como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Por sua vez, o inciso I do art. 5º estabelece que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”. A Constituição isenta as mulheres do serviço militar obrigatório em tempo de paz e fixa a aposentadoria voluntária da mulher com menos tempo de serviço do que o homem. (Brasil, CRFB, arts. 143, § 2º e 40, inciso III).

Segundo Boaventura de Sousa Santos, em sua obra “Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural”:

A implementação de políticas públicas precisa ir além de uma visão meramente formal do princípio da isonomia é fundamental para o conceito de democracia. Em um regime democrático. Deve prevalecer o direito à igualdade quando as diferenças desfavorecem e a distinção faz perder a identidade. (Sousa Santos, 2003, p. 56).

Portanto, é crucial que o Estado promova uma igualdade que respeite as diferenças e evite distinções que perpetuem desigualdades.

Políticas públicas bem implementadas podem transformar positivamente a vida de mulheres e grupos vulnerabilizados. Ao garantir acesso à educação, saúde, mercado de trabalho e justiça, elas contribuem para a redução das disparidades de gênero e promovem ambiente mais equitativo. A inclusão de mulheres em posições de liderança, por exemplo, tem mostrado impacto significativo na redução das desigualdades salariais e na promoção de culturas organizacionais mais inclusivas.

Estelle Freedman (2002), em “Turning Back – The history of feminism and the future of women” relata que até o início do século XX, as leis de muitos países estabeleciam que as mulheres deviam obedecer a seus pais, maridos ou filhos. Essa dependência legal significava que elas não podiam tomar decisões

independentes nas próprias vidas, incluindo decidir sobre aspectos fundamentais como o gerenciamento de suas finanças ou a custódia de seus filhos. A ausência de direitos legais plenos impedia que as mulheres se afirmassem como cidadãs autônomas e iguais na sociedade.

Frequentemente excluídas das instituições de ensino superior, as mulheres tinham oportunidades de aprendizado restritas a áreas tradicionalmente femininas, como artes domésticas e humanidades. A exclusão sistemática limitava o desenvolvimento intelectual das mulheres, restringindo suas perspectivas de carreira e autonomia econômica. Freedman também aponta que, historicamente, as mulheres não tinham direito à propriedade.

O exercício do trabalho remunerado era outro campo repleto de restrições para as mulheres, ainda conforme documentado por Freedman. Aquelas que conseguiam romper as barreiras educacionais e legais enfrentavam discriminação no mercado de trabalho, e eram relegadas a posições de baixa remuneração, sem perspectiva de avanço, e, além do mais, muitas profissões eram totalmente inacessíveis para elas.

No Brasil, apenas em 1932 as mulheres passaram a ter direito ao voto, enquanto em países como o Reino Unido, as mulheres já contavam com direito ao voto desde 1928; na Suécia, em 1921; na Alemanha, em 1918; na Dinamarca e na Islândia, em 1915, respectivamente, as mulheres finlandesas obtiveram o referido direito em 1906.

Conforme Carvalho e Cabral (2001), a promulgação do Código Eleitoral da República dos Estados Unidos do Brasil de 1932 concedia o direito ao voto feminino sem restrições adicionais, possibilitando que as mulheres participassem como eleitoras e como candidatas.

Mais recentemente, na década de 1990, seguindo compromisso firmado nos acordos internacionais, no sentido de implementar programas de discriminação inversa em prol das mulheres, editou-se no Brasil a Lei n. 9.504, de 30 de setembro de 1997, estabelecendo normas para as eleições políticas e reservando um mínimo de trinta por cento das vagas de cada partido ou coligação para candidaturas de mulheres (Cerqueira, 2004).

Igualmente, a recente Lei n. 9.799, de 26 de maio de 1999, ao dispor sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho e apresentar uma série de vedações a práticas discriminatórias, permite expressamente a adoção de medidas com caráter de discriminação positiva.

Para enfrentar as desigualdades, é necessário esforços conjuntos e contínuos com políticas públicas que promovam a igualdade de gênero de maneira eficaz. Isso perpassa pela criação de leis mais rigorosas contra a discriminação e a violência de gênero, programas educacionais que desafiem estereótipos e

promovam a igualdade, desde a mais tenra idade, desde a Educação Básica, concomitante à promoção de maior participação da mulher em todos os setores da sociedade, com políticas intersetoriais que abordem as interseccionalidades, reconhecendo que as experiências de desigualdade variam, significativamente, entre diferentes grupos de mulheres.

O DEBATE POLÍTICO SOBRE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO LGBT²

A partir do avanço da organização política dos LGBT's e sua inserção enquanto grupo de pressão que demanda a necessidade de políticas públicas específicas, a questão tem passado do “estado de coisas” para um “problema político”. Mas é necessário ressaltar que esse processo não se materializa sem obstáculos e disputas. Nesse sentido, Maria das Graças Rua (2009) ressalta:

Algo que incomoda, prejudica, gera insatisfação para muitos indivíduos, mas não chega a constituir um item da agenda governamental, ou seja, não se encontra entre as prioridades dos tomadores de decisão. Quando este estado de coisas passa a preocupar as autoridades e se toma uma prioridade na agenda governamental, então tornou-se um problema político. Somente ao deixar de ser um estado de coisas e se transformar em um problema político, uma questão ou demanda toma-se um *input*, passando a incluir-se na agenda governamental. (Rua, 2009),

Sabe-se que o debate político sobre cidadania e direitos humanos da população LGBT, hoje, é um dos pontos na agenda dos direitos sexuais. Conforme Mello, Brito e Maroja (2012), um marco social das discussões sobre o assunto foi o “Diálogo Latino-Americano sobre Sexualidade e Geopolítica”, realizado no Rio de Janeiro em 2009. O Projeto de Resolução 17/2011, intitulado “Direitos humanos, orientação sexual e identidade de gênero”, provado pelo Conselho de Direitos Humanos da ONU também soou como resposta ao crescente destaque da violência homofóbica.

Conforme Mello, Brito e Maroja (2012), no que diz respeito às demandas do movimento LGBT brasileiro, um dos primeiros documentos relativos à formulação de políticas públicas foi o Programa Nacional de Direitos Humanos

2 A sigla LGBT tenha sido expandida em diversos contextos para incluir outras identidades, como Q (Queer), I (Intersexo) e A (Assexual), mas os documentos oficiais continuam a utilizar a sigla LGBT. Isso ocorre por várias razões. Primeiramente, a sigla LGBT já está amplamente reconhecida e estabelecida tanto na legislação quanto nas políticas públicas, garantindo uma compreensão clara e consistente. Além disso, a adoção de uma sigla mais extensa poderia demandar um processo administrativo complexo para atualizar todos os documentos, leis e políticas existentes. Portanto, manter a sigla LGBT nos documentos oficiais assegura continuidade e evita possíveis confusões ou interpretações errôneas, garantindo que as políticas e direitos sejam aplicados de maneira uniforme e eficaz.

(PNDH 2), divulgado em 2002 pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso, que trazia, entre suas 518 ações, cinco que contemplavam “orientação sexual” como uma dimensão da “garantia do direito à liberdade, opinião e expressão” e dez relativas à “garantia do direito à igualdade” de “Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais – GLTTB”.

A primeira versão do PNDH, aprovada em 1996, pretendia atribuir aos direitos humanos o estatuto de política pública, seguindo recomendação aprovada na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993; evento em que não houve qualquer alusão à população LGBT.

Já no prefácio à segunda versão do PNDH, o referido Presidente declarou que os “direitos dos homossexuais” passaram a integrar a pauta das políticas públicas do Governo Federal. Mas as tais ações voltadas para atender demandas do movimento LGBT, contudo, não chegaram a ser assumidas por nenhum órgão de governo como conjunto de diretrizes para a formulação de políticas públicas (Mello, Brito e Maroja, 2012, p. 407).

À época, a principal frente de ação do movimento LGBT estava focada no Poder Legislativo, contexto em que já eram perceptíveis as resistências às reivindicações relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, principalmente devido à influência de parlamentares ligados a grupos religiosos.

Nesse sentido, no governo seguinte, o movimento passou a contar com mais apoio governamental, que de início à formulação de reivindicações tais como:

A criação do Brasil Sem Homofobia (BSH) – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual, em 2004;

A realização da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o tema Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em 2008;

O lançamento do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNDCDH-LGBT, 2009;

A publicação do decreto que cria o Programa Nacional de Direitos Humanos 3 – PNDH 3, 2009;

A criação da Coordenadoria Nacional de Promoção dos Direitos de LGBT, no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos, 2010; e,

Da implantação do Conselho Nacional LGBT, em 2010, com representação paritária do governo federal e da sociedade civil. (Mello, Brito e Maroja, 2012, p. 408-409).

Conforme Vianna e Lacerda (2004), o reconhecimento da especificidade e, ao mesmo tempo, da diversidade de formas de violência que atingem homossexuais, fundamentou a criação, pelo Governo Federal, do “Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra

LGBT's e de Promoção da Cidadania Homossexual”, lançado em maio de 2004. Esse programa foi elaborado por uma comissão do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e pelo Ministério da Saúde, com a participação de ativistas e organizações militantes, como a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transexuais (ABGLT).

O documento do Brasil Sem Homofobia prevê um amplo conjunto de ações, com destaque para a política para mulheres lésbicas, além da articulação do combate ao racismo e à homofobia. Dentre as ações, destacam-se:

- (i) as que visam a capacitar o Estado, especialmente instituições escolares, policiais, judiciais, de saúde e de fiscalização do trabalho, a atuar de modo não discriminatório, seja através da mudança de suas práticas, seja através da criação de novos dispositivos, como DDH's e centros de referência nas secretarias estaduais de Segurança Pública, especialmente desenhados para coibir a violência e a discriminação;
- (ii) o incentivo à participação de lideranças do movimento nos diferentes conselhos e mecanismos de controle social do Governo Federal;
- (iii) a produção de conhecimento sobre violência e discriminação homofóbicas e sobre as condições de saúde de gays, lésbicas e transgêneros; e finalmente, (iv) o apoio às iniciativas brasileiras no plano internacional, no sentido do reconhecimento e proteção dos direitos GLBTs e à criação de uma Convenção Interamericana de Direitos Sexuais e Reprodutivos. (Vianna e Lacerda, 2004).

Conforme Mello e Avelar (2012), no mesmo sentido, em 2007 o Governo Federal convocou a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que foi realizada de 5 a 8 de junho de 2008, com o tema “Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”. A Conferência teve como objetivos principais:

Propor as diretrizes para a implementação de políticas públicas e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT); e avaliar e propor estratégias para fortalecer o ‘Programa Brasil sem Homofobia. (Brasil, 2008).

Ato contínuo, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, também chamado de Plano Nacional de Direitos LGBT, foi aprovado em 2009:

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, elaborado por Comissão Técnica Interministerial, reflete o esforço do Governo e da Sociedade Civil na busca de políticas públicas que consigam responder às necessidades, potencialidades e direitos da população envolvida, a partir de sua implementação, bem como do fortalecimento do Programa Brasil sem Homofobia, implantado desde 2004. (Brasil, 2009)

Mas apesar de todas as ações, planos, comissões, articulações, o Brasil ainda não conta com um marco jurídico, aprovado na forma de decreto ou portaria. O legislativo federal brasileiro ainda mostra-se relutante em legislar sobre questões essenciais para fornecer uma base legal às demandas LGBT, ainda que o judiciário venha ampliando, de maneira significativa, direitos que historicamente foram negados a essa população, como o direito à adoção por casais homoafetivos.

Essa ausência de um marco legal e de financiamento compromete a efetividade das iniciativas destinadas a proteger os direitos da população LGBT. Para avançar, é necessário que o Governo Federal implemente quadro jurídico sólido, assegurando recursos financeiros para apoiar as políticas públicas, de forma contínua e sustentável. Somente por meio de compromisso firme e estruturado será possível promover a igualdade e combater a discriminação de maneira eficaz.

Embora o “Plano Nacional LGBT” especifique os órgãos responsáveis pela implementação de cada ação, e estabeleça prazos para sua execução, essas definições de prazos e responsabilidades não garantiram a efetividade das medidas, o que se deve à ausência de mecanismos coercitivos para assegurar o cumprimento das ações previstas.

Neste contexto, destacamos, de forma sumarizada, os principais avanços políticos promovidos pelo Governo Federal na construção de políticas públicas para a população LGBT no Brasil.

É possível constatar que o grande desafio é transformar as políticas públicas iniciais, desenvolvidas especialmente a partir de 2004, em políticas de estado, efetivas, que não dependam da vontade dos governantes, nem sejam afetadas pela falta de um marco legal contra a homofobia e a favor da cidadania LGBT.

Mediante o exposto, fica claro que as políticas de igualdade de gênero precisam se manter como resposta às persistentes diferenças que afetam mulheres e populações historicamente vulnerabilizadas, por meio de ações específicas, desenvolvidos para assegurar que esses grupos possam ter assegurados seus direitos fundamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da igualdade de gênero e a inclusão de grupos vulneráveis são essenciais para o fortalecimento da democracia e justiça social. Ordenamentos e políticas exemplificam a importância de compromissos contínuos com a criação de condições que permitam a todos os cidadãos exercerem seus direitos, de forma plena e igualitária.

É fundamental que governos, organizações e sociedade civil trabalhem juntos para superar os desafios e construir um futuro em que a igualdade de gênero seja uma realidade tangível.

Barreiras culturais e institucionais, resistência social e a falta de recursos adequados são obstáculos frequentes na implementação eficaz das políticas públicas de igualdade de gênero. No entanto, essas dificuldades também abrem oportunidades para o desenvolvimento de estratégias mais adaptadas às realidades locais, promovendo participação ativa da sociedade civil e a cooperação internacional.

A Constituição Federal de 1988 foi um passo importante na promoção da igualdade de gênero no Brasil, mas a jornada está longe de ser concluída. A contínua evolução das políticas, aliada a esforços coletivos que consigam dismantelar as estruturas de desigualdade, são essenciais para o alcance de uma sociedade verdadeiramente equitativa.

Assim, é fundamental que o Estado, a sociedade civil e as instituições trabalhem juntos para desenvolver e implementar estratégias que combatam eficazmente a discriminação e promovam uma igualdade substantiva entre todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 18, nº 51, 2003.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

BRASIL. **Lei n. 9.029, de 13/04/1995**: Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/>. Acesso em: 15 mai, 2024.

BRASIL. **Decreto n. 1.973, de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.

BRASIL. **Lei n. 9.799, de 26 de maio de 1999**. Insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19799.htm. Acesso em: 15 mai. 2024.

BRASIL. **Anais da Conferência de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania GLTB. Brasília, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**, 2009.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de

Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CERQUEIRA, Thales Tácito Pontes Luz de Pádua. **Direito eleitoral brasileiro: o Ministério Público Eleitoral, as eleições em face das leis 9.504/97, 9.840/99, 10.732/03, 10.740/03 e 10.792/03, EC 35/01 (imunidade parlamentar e restrições)**. 3. ed. rev., ampl., e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2004. 1526 p.

FREEDMAN, Estelle B. **No Turning Back – The history of feminism and the future of women**. Nova York: Ballantine Books, 2002, p. 58.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cadernos Pagu** (39), julho-dezembro de 2012:403-429.

OBSERVATÓRIO DE IGUALDADE DE GÊNERO DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE. **Políticas de igualdade de gênero**. Disponível em: <https://oig.cepal.org/pt/politicas-justas>. Acesso em: 15 mai. 2024.

ONU. **Declaração Final e Plano de Ação. Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos**, 1993.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948 (DUDH)**. Disponível em: <https://www.historiadomundo.com.br/idade-contemporanea/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Mai. 2024.

ONU. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW**, 1979.

ONU MULHERES BRASIL. **Documentos de Referência**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/documentos-de-referencia/>. Acesso em: 15, mai. 2024.

REIS, Elisa. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 18, nº 51, São Paulo, 2003.

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural**, 2003.

UNITED NATIONS. **Department of Economics and Social Affairs. Population Division. World Population 2015**. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/World_Population_2015_Wallchart.pdf. Acesso em: 10 mai. 2024.

VIANNA, Adriana; LACERDA, Paula. **Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual**. Rio de Janeiro: CLAM/IMS, 2004.

POSFÁCIO

Ao chegarmos ao término deste primeiro volume de "Educação, Neurodiversidade e Saúde: Políticas, Contextos e Práticas Inclusivas," é evidente que a jornada empreendida ao longo destas páginas é apenas o começo de um caminho crucial e contínuo. Este livro reuniu uma diversidade de vozes, perspectivas e conhecimentos que, juntos, iluminam a complexidade e a riqueza da neurodiversidade e seu impacto na educação e na saúde.

Através dos capítulos, exploramos uma variedade de temas que se entrelaçam para criar um entendimento mais profundo e abrangente das necessidades e potencialidades dos indivíduos neurodivergentes. Desde as análises neuropsicológicas até as práticas pedagógicas e terapêuticas, cada contribuição neste volume oferece uma peça essencial para a construção de uma sociedade verdadeiramente inclusiva.

Os estudos sobre a cognição social em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a comparação entre diferentes transtornos comportamentais, e as discussões sobre métodos terapêuticos como a Análise Aplicada do Comportamento (ABA) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), ampliam nosso entendimento sobre como melhor apoiar e integrar esses indivíduos em todos os aspectos da vida social e educacional.

A importância da psicopedagogia, das práticas integrativas e complementares em saúde, e da psicomotricidade no desenvolvimento humano, também foram destacadas, demonstrando a necessidade de abordagens holísticas e multifacetadas. Estas práticas não apenas promovem o desenvolvimento e o bem-estar dos indivíduos neurodivergentes, mas também enriquecem a comunidade como um todo, fomentando um ambiente de respeito, aceitação e crescimento mútuo.

Este volume reforça a ideia de que a inclusão não é apenas um objetivo a ser alcançado, mas um processo contínuo que requer comprometimento, inovação e colaboração. As políticas, contextos e práticas inclusivas discutidas aqui servem como um guia e uma inspiração para educadores, terapeutas, psicólogos, e todos os profissionais envolvidos na promoção da neurodiversidade e da saúde integral.

Agradecemos a todos os autores e colaboradores que contribuíram com seus conhecimentos e experiências para esta obra. Seu trabalho é fundamental para a construção de um futuro onde todos os indivíduos, independentemente de suas diferenças neurológicas, possam alcançar seu pleno potencial e viver vidas significativas e gratificantes.

Que este livro inspire novas pesquisas, práticas e políticas que continuem a avançar a causa da inclusão e da valorização da neurodiversidade. Que possamos, juntos, construir um mundo mais justo, acolhedor e humano para todos.

Obrigado por fazer parte desta jornada. Boa leitura e até o próximo volume!

Eunice Nóbrega Portela

Doutora em Educação

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 188, 189
Acessibilidade 15, 96, 154, 156, 157, 159
Acondicionamento 136, 137, 142, 145, 149
Adaptativa 16, 17
Adolescentes 28, 29, 30, 34, 35, 37, 39, 40, 42, 45, 51, 73, 74, 75, 78, 80, 104, 106, 189, 190, 194
Análise do Comportamento 10, 22, 36, 57, 61, 62, 64, 67
ANPD 169, 171, 177, 178
Ansiedade 16, 18, 29, 37, 40, 41, 42, 50, 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 106, 123, 126, 155, 156, 159
Antropologia 105
Arte 81, 125, 129, 130
Arteterapia 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131
Autismo 11, 12, 14, 17, 20, 24, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 62, 63, 72, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 86, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 166
Autoconhecimento 105, 123
Autonomia 11, 85, 90, 96, 101, 126, 187, 193, 197, 203

C

- Carta Magna 182, 184, 187
Cidadania 48, 169, 182, 199, 204, 205, 206, 207, 208
Cognição social 7, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 211
Coletivo autista 158, 159, 161, 163
Comportamento 14, 16, 22, 23, 25, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 50, 51, 52, 53, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 68, 74, 82, 85, 97, 98, 100, 101, 158, 160
Comunicação 14, 22, 23, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 50, 52, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 76, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 92, 102, 124, 125, 148, 162, 168, 173
Constituição 19, 46, 48, 56, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 194, 196, 197, 202, 208
Coordenação motora 89, 90, 92, 97, 98, 99, 126
Coordenação motora fina 98, 99, 126
Coordenação motora global 97, 98
Cultura 11, 45, 52, 99, 120, 127, 128, 138, 167, 168, 178, 180, 183, 198

D

- Deficiência 15, 19, 72, 73, 75, 82, 154, 156, 160, 161, 162, 181, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197

Desenvolvimento humano 7, 13, 14, 22, 24, 32, 47, 81, 83, 87, 90, 94, 120, 211
 Diagnóstico 11, 23, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 50, 51, 54, 55, 69, 74, 75,
 76, 77, 82, 88, 156, 157
 Direito 15, 16, 19, 46, 48, 93, 152, 154, 155, 158, 160, 164, 175, 177, 179, 180,
 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 193, 194, 195, 196, 197, 202,
 203, 205, 207
 Direitos das pessoas com deficiência 13, 15, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194,
 196
 Discriminação 152, 162, 171, 188, 189, 191, 195, 200, 202, 203, 206, 207, 208
 Distúrbios 15, 23, 24, 25, 27, 32, 37, 67, 81
 Diversidade 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 30, 31, 74, 91, 102, 153, 160, 161, 162,
 172, 173, 190, 192, 195, 196, 197, 205, 211

E

Educação 7, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 36, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 53,
 54, 55, 56, 57, 67, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 96, 97, 98, 101, 202, 120,
 122, 128, 130, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 161, 163, 165, 166, 170,
 171, 172, 173, 174, 175, 178, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189,
 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 202, 211, 212
 Educação Básica 10, 22, 36, 48, 57, 185, 204
 Educação inclusiva 16, 17, 18, 19, 89, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196
 Educação Infantil 45, 46, 47, 48, 49, 53, 54, 55, 82, 83, 84, 87, 89, 96, 97, 98,
 101, 102
 Ensino-aprendizagem 44, 45, 46, 48, 51, 53, 54
 Ensino Fundamental 45, 101
 Envelhecimento 7, 40, 104, 105, 108, 112, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 128,
 131
 Equilíbrio 89, 92, 93, 112, 119, 125, 172, 176, 177, 179
 Esquema corporal 94, 95
 Estado Novo 184, 185

G

Gestão 41, 58, 72, 78, 132, 133, 134, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 167,
 169, 170, 173, 174, 175, 176, 180, 187
 Gestão de resíduos 132, 133, 134, 148

H

História 44, 54, 59, 81, 122, 125, 183, 198

I

Identidade 45, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 202, 204
 Igualdade 13, 15, 18, 187, 188, 191, 192, 195, 196, 197, 199, 200, 202, 203,
 204, 205, 207, 208, 209
 Igualdade de gênero 199, 200, 202, 203, 207, 208, 209
 Impactos ambientais 140, 141, 143

Inclusão 7, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 31, 32, 48, 51, 72, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 102, 123, 124, 126, 127, 128, 130, 152, 153, 154, 155, 156, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 172, 177, 179, 187, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 201, 202, 207, 211, 212

Infância 11, 25, 34, 37, 41, 42, 43, 48, 49, 54, 55, 69, 106, 107, 110, 154, 184

Inovação 14, 77, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 211

Intervenção 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 39, 40, 44, 51, 54, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 71, 78, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 94, 100, 103, 105, 127, 186, 190

Isolamento social 76, 108, 126, 128

L

Lateralidade 89, 93, 94

Lei Brasileira de Inclusão 13, 15, 19, 20, 154, 164, 192, 193

Lei Geral de Proteção de Dados 168, 170, 172, 174, 176, 177, 179, 180

LGBT 199, 204, 205, 206, 207, 209

Lixo 133, 134, 135, 137, 140, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149

Lixo infeccioso 134, 135, 137, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149

Lúria 99, 100, 101

M

Método ABA 57, 58, 59, 62, 63, 64, 85

Multidimensional 87, 102, 120

N

Natureza 17, 24, 37, 39, 45, 67, 71, 113, 119, 132, 183, 191, 193

Neurodivergentes 7, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 58, 59, 63, 64, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 101, 153, 211

Neurodiversidade 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 92, 93, 102, 152, 153, 154, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 211, 212

Neuropsicológicas 7, 28, 32, 211

P

Percepções 12, 87, 93, 97

Política Nacional de Educação Especial 13, 20, 181, 188, 189

políticas públicas 15, 23, 24, 31, 32, 33, 123, 128, 162, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 176, 177, 178, 179, 189, 192, 196, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209

Práticas 1, 7, 17, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 130, 211

Práticas Integrativas e Complementares 122, 123, 124, 128, 129, 130

Psicologia Analítica 104, 105, 106, 111, 112

Psicomotricidade 89, 90, 91, 92, 93, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103

Psicopedagogia 10, 22, 36, 57, 67, 81, 83, 84, 87, 89, 103

Psiquiatria 11, 34, 35, 43, 68, 77, 80, 125, 156

R

Resíduo infeccioso 133, 134, 135

resíduos biológicos 138, 144

S

Saúde 1, 3, 7, 9, 10, 13, 20, 64, 78, 104, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 132, 148, 206, 211

Saúde mental 16, 17, 18, 19, 38, 44, 52, 67, 123, 125, 152, 155, 159, 161

Saúde pública 132, 133, 134, 135, 140, 141, 142, 145, 147, 171

Sensações 89, 95, 97, 115, 116, 158

Sistema Único de Saúde 120, 122, 123, 124, 129

Socialização 12, 29, 44, 45, 48, 50, 51, 53, 54, 70, 71, 89, 90, 91, 126, 127, 128, 155, 156, 158

Supremo Tribunal Federal 181, 188, 189, 194, 196

T

Terapia 29, 38, 39, 51, 58, 59, 68, 70, 71, 73, 75, 76, 78, 80, 90, 92, 95, 130

Terapia Cognitivo-Comportamental 7, 10, 22, 36, 57, 67, 68, 211

Testes Neuropsicológicos 40

Tonicidade 91, 92

Transtorno bipolar 37, 39, 41

Transtorno de Conduta 37, 50, 55

Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor 7, 36, 42

Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade 14, 23

Transtorno do Espectro Autista 7, 10, 11, 14, 22, 36, 57, 67, 73, 75, 81, 82, 86, 92, 93, 94, 154, 156, 164, 165, 211

Transtorno Opositor Desafiador 44, 55

Transtorno Opositor Desafiante 7, 36, 42

Transtornos Mentais 11, 37, 49, 68, 156

Transtornos psicológicos 44

Transtornos psiquiátricos 40, 41

U

Unidade Funcional Primária 100, 101

Unidades sanitárias 133, 137, 142

V

Velho Sábio 105, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 116, 118, 119, 120

Velho Senex 108, 109, 110

Vivência 52, 189, 194

Vulnerabilidade 120, 133

