

TEA: PERSPECTIVAS BIOMÉDICA E BIOPSISSOCIAL

Daniela Nascimento Ferreira ¹
Nelba Maria Teixeira Pisacco ²

RESUMO

O que se entende hoje por Transtorno do Espectro Autista (TEA) vem do agrupamento de um conjunto de transtornos que compartilhavam características comportamentais muito similares e peculiares. É uma condição complexa que possui ampla variação e necessidades de apoios e suportes, encontrando-se desde indivíduos altamente funcionais àqueles com pouca funcionalidade, que demandam a necessidade de intervenções intensas e em diversas áreas da vida. Este estudo tem por objetivo analisar elementos dos modelos biomédico e biopsicossocial da deficiência para caracterização do TEA. Uma pesquisa qualitativa, realizada a partir de uma revisão da literatura. Na maioria dos estudos de diferentes áreas sobre o TEA, inclusive na educação, observa-se que ele é apresentado sob o modelo biomédico da deficiência, conforme descrito e apresentado nos manuais diagnósticos de saúde mental, nos transtornos do neurodesenvolvimento caracterizados por seus déficits, dificuldades ou atrasos. Uma visão que pode contribuir para segregar e excluir o sujeito de sua plena participação plena nos espaços sociais. Influenciado pelo movimento da neurodiversidade, o modelo biopsicossocial, a partir de uma abordagem multidisciplinar, traz a compreensão do TEA sob dimensões que envolvem questões além da patologia corporal, como os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais. Embora alguns considerem estes modelos como opostos, ao entendê-los como complementares, cria-se uma compreensão ampliada dessa condição tão complexa. Compreender o sujeito com TEA a partir de uma visão interdisciplinar, além de garantir os seus direitos sob a ótica da equidade, permite conhecer as potencialidades e dificuldades existentes no processo de ensino e aprendizagem comuns em educandos no espectro autista dentro do contexto escolar.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Neurodiversidade, Modelo Biomédico, Modelo Biopsicossocial.

INTRODUÇÃO

O presente estudo é um produto da pesquisa realizada no curso de Mestrado Profissional em Educação Inclusiva em Rede Nacional da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, que resultou na dissertação “O desenvolvimento de material autoinstrucional como facilitador do acesso a informações para a inclusão escolar de estudantes com transtorno do espectro autista” (Ferreira, 2022). Como parte desse estudo mais abrangente, desenvolvimento no contexto do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Processos de Aprendizagem (GEP-Proa), tem por objetivo analisar elementos dos modelos biomédico e biopsicossocial da deficiência para caracterização e compreensão do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

¹ Mestra em Educação Inclusiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, professora do Atendimento Educacional Especializado para estudantes com TEA pela Secretaria de Educação do Estado da Bahia, dan.ie.ferreira@hotmail.com;

² Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Psicopedagoga, Pedagoga, professora do PROFEI/UEPG, líder do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Processos de Aprendizagem (GEP-Proa); E-mail: nmtpisacco@uepg.br;

As perspectivas biomédica e biopsicossocial da deficiência permitem caracterizar o TEA sob formas distintas. A compreensão desse transtorno a partir de uma visão interdisciplinar pode possibilitar conhecer as potencialidades e dificuldades existentes no processo de ensino e aprendizagem de educandos no espectro autista no contexto escolar.

O TEA é marcado, historicamente, por diferentes compreensões. Seu percurso, na abordagem biomédica se deu, principalmente, no campo da psiquiatria que o caracteriza como um quadro sindrômico que envolve esse espectro, em face da evolução dos estudos e critérios internacionais para diagnóstico comumente apresentado no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado pela *American Psychiatric Association* (APA) - Associação Americana de Psiquiatria, bem como da Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler inicia os primeiros estudos que se tem registro sobre o autismo em 1911, caracterizando-o como um sintoma fundamental da esquizofrenia (Pereira, 2000). Por volta da década de 1940, o psiquiatra austríaco Leo Kanner publicou uma investigação minuciosa realizada em uma amostra de 11 crianças, que apresentavam características em comum: incapacidade de interação, alterações na aquisição e uso da linguagem, rigidez na organização de ambientes e tendência em repetir atividades de forma ritualizada, indiferença ao que lhes aconteciam ao redor, no entanto, possuíam boa memória, habilidades especiais, inteligência e uma agradável aparência física.

Nesse artigo, *Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo*, o autor diferenciou a compreensão sobre o autismo do conceito defendido por Bleuler em anos anteriores (Orrú, 2012). “Kanner revisou seu conceito sobre o autismo diversas vezes”, referindo-se como “Autismo Infantil Precoce”, em 1949, e, posteriormente, como uma “psicose”, uma vez que este transtorno não era comprovado por meio de exames laboratoriais. Assim, este pesquisador já apontava a necessidade de entender o transtorno dentro do campo biológico, social e psicológico (Orrú, 2012, p. 20).

A partir de então, surgiram muitos outros pesquisadores, como o italiano Bruno Bettelheim, a psicanalista inglesa, Frances Tustin, o pesquisador Ritvo, o pesquisador Gauderer, e o neurocientista inglês Oliver Sacks (Orrú, 2012). Os estudos sobre o autismo intensificaram-se ao longo do tempo, desde os primeiros estudos realizado por Bleuler, contribuindo para a elaboração dos conceitos utilizados desde a primeira edição do DSM, em 1952, quando este ainda era visto como uma reação Esquizofrênica, modificando concepções

que alteraram sua caracterização em edições posteriores, até a atual versão revisada da sua quinta edição, DSM-5-TR, publicada em 2023.

No DSM-II, publicado em 1968, o autismo foi apresentado como Esquizofrenia tipo Infantil. Passou por alterações significativas por intermédio do DSM-III, edição de 1980, quando foi criada uma classe para síndromes que passam a fazer parte do grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), apresentando o Autismo Infantil como uma subcategoria dos TGD. Após, na edição revisada de 1987, DSM-III-R, foi nomeado como Transtorno Autístico, por meio do qual os psiquiatras começaram a utilizar o autismo como um diagnóstico convencional na prática clínica (Coutinho, et al. 2013; Orrú, 2012).

Na sequência, na quarta edição, DSM-IV, em 1994, e na sua versão revisada, DSM-IV-Tr, foram incluídos subtipos como o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Asperger e houve a substituição do termo global para invasivo, alterando os critérios diagnósticos e enquadrando o autismo de forma similar à décima versão do Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela World Health Organization (WHO) - Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, como Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), termo adotado, no Brasil, somente a partir de 1996 (Coutinho, et al. 2013; Orrú, 2012).

Em razão da evolução dos estudos sobre os transtornos mentais, a APA atualizou e publicou a quinta edição do manual, DSM-5, que alterou o termo Transtorno Global do Desenvolvimento, agrupando o Transtorno Autista (autismo), o Transtorno de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, que apareciam no DSM-IV, transformando-os em uma só categoria, atualmente chamada de Transtorno do Espectro Autista (American Psychiatric Association, 2014).

A versão mais recente e revisada do DSM-5-TR explica que a fusão do Transtorno Autista, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento no Transtorno do Espectro Autista se dá devido aos sintomas desses transtornos serem um *continuum* único de prejuízos que variam de intensidade de leve a grave no domínio da comunicação social e de comportamentos e interesses restritos e repetitivos, não constituindo transtornos distintos (American Psychiatric Association, 2023).

O termo espectro que acompanha essa nomenclatura reflete a ampla variação nos desafios e pontos fortes possuídos por cada indivíduo com TEA, que vão desde pessoas com condições clínicas associadas àquelas com características mais leves que lhes permitam ter uma vida mais independente e autônoma, inclusive com potencial intelectual elevado (American Psychiatric Association, 2023).

Devido a essas peculiaridades, o DSM-5-TR classifica o TEA conforme a necessidade de apoio e suporte em três níveis: Nível 1: exigindo apoio; Nível 2: exigindo apoio substancial; ou Nível 3: exigindo apoio muito substancial, além de especificar se o indivíduo é com ou sem comprometimento intelectual concomitante e/ou com ou sem comprometimento da linguagem. Nessa versão revisada passa a ser necessário especificar se o TEA é associado a uma condição genética ou fator ambiental, ou a uma alteração do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental, bem como se há a presença de catatonia (American Psychiatric Association, 2023).

A OMS publicou, em 2019, a décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que entrou em vigor no Brasil a partir de janeiro de 2022, utilizada obrigatoriamente para realizar a Estatística de Mortalidade e Morbidade. Assim como no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) e DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023), a CID-11 altera a classificação do TEA que passa a ser descrita dentro do tópico seis, intitulado: Transtornos Mentais, Comportamentais ou de Desenvolvimento Neurológico, sob o subtítulo Distúrbios do Neurodesenvolvimento, com o código 6A02, subdividido conforme características específicas (OMS, 2022).

O DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023), ao ser atualizada, buscou considerar e unir-se ao CID-11 e afirma que o TEA não é um transtorno degenerativo, mas que há aprendizagem e compensação contínua ao longo da vida desses indivíduos.

Na CID-11, o TEA passa a ser classificado quanto à presença ou ausência de distúrbio do desenvolvimento intelectual e quanto aos níveis de comprometimento da linguagem funcional, que passam a ser divididos em: com linguagem funcional prejudicada, sem linguagem funcional prejudicada ou ausência de linguagem funcional. Também consta a classificação para “Outro transtorno do espectro autista especificado” e “Transtorno do espectro do autismo, não especificado” (OMS, 2022).

[...] as classificações diagnósticas são instrumentos valiosos (importantes) que permitem a sistematização da experiência clínica acumulada e dos dados obtidos em pesquisa, facilitam a comunicação entre os profissionais e auxiliam no planejamento e na organização da oferta de serviços e tratamentos. Contudo, as classificações devem estar sempre abertas ao aperfeiçoamento e somente adquirem sentido se utilizadas no contexto de um processo diagnóstico contínuo e complexo que coloque sempre em primeiro lugar a pessoa e não o seu transtorno (Brasil, 2015b, p. 42).

Não se pode desconsiderar a grande relevância dos aspectos metodológicos utilizados nas pesquisas do campo biomédico, pautadas em investigações científicas que têm proporcionado enormes progressos, pois suas descobertas são fundamentais para o diagnóstico e intervenção de pessoas com deficiências e transtornos. No entanto, a própria OMS tem

sugerido, nos últimos anos, a implantação de um modelo mais humanizado que considere a junção dos modelos biológico, psicológico e social, definido como modelo biopsicossocial.

O modelo biopsicossocial, por sua vez, defendido pelo movimento da neurodiversidade, vem se afirmando, progressivamente, em face de uma visão mais humanizada da pessoa com deficiência e das formas de tratamento oferecidas a elas. A atual Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela OMS adota o modelo humanizado e se adequa às dimensões propostas no modelo biopsicossocial.

O modelo social da deficiência foi proposto, inicialmente, por volta da década de 1960 pelo sociólogo Paul Hunt, no Reino Unido. No modelo social da deficiência, o limite entre normalidade e patologia é algo socialmente determinado pela cultura, já que se refere ao resultado da interação do sujeito compreendido como diferente numa sociedade que possui padrões preestabelecidos, que parecem não combinar com ele, fazendo-o parecer não pertencente àquele lugar (Coelho; Vilalva; Hauer, 2019).

Antes de discorrer sobre o modelo biopsicossocial propriamente dito, necessita-se abordar o que é neurodiversidade, tão frequentemente associada ao autismo nos últimos anos. Tal termo foi empregado pela primeira vez, em 1999, pela socióloga e ativista australiana do autismo, Judy Singer, em entrevista ao jornalista de Nova York Harvey Blume (Masataka *et al.*, 2018; Machado *et al.*, 2019; Wuo; Yaedu; Wayszceyk, 2019).

A neurodiversidade surge em função de um movimento organizado por pessoas com TEA, sobretudo aquelas de nível 1, antes diagnosticadas como Síndrome de Asperger, e que rejeitam as explicações psicológicas negativistas e culpabilizantes sobre o autismo, afirmando ser esta uma característica da diversidade humana, o que contraria a visão de cura e tratamento do autismo muito defendido por pais e profissionais (Ortega, 2009). Dessa forma, apresenta-se a neurodiversidade como a base de uma identidade autista que passa a ser vivenciada com dignidade, como uma diferença a ser respeitada e difundida.

[...] o conceito ‘neurodiversidade’ tenta salientar que a ‘conexão neurológica’ (neurological wiring) atípica (ou neurodivergente) não é, como vimos, uma doença a ser tratada e se for possível curada. Trata-se antes de uma diferença humana que deve ser respeitada como outras diferenças (sexuais, raciais, entre outras). Eles são ‘neurologicamente diferentes’, ou ‘neuroatípicos’ (Ortega, 2009, p. 72, grifo do autor).

A compreensão do autismo, à luz da neurodiversidade, sugere que algumas terapias como a *Applied Behavior Analysis* (ABA) - Análise Aplicada do Comportamento, muito utilizada para estimular o contato visual e a realização de tarefas cognitivas, reprimem a forma de expressão natural dos autistas. Isso tem levado a debates acirrados em tribunais de diversas partes do mundo, ao ponto de muitos ativistas autistas considerarem que essas terapias não se

atêm às diferenças dos sujeitos com TEA, sobretudo no que diz respeito à diversidade neurológica (Ortega, 2009).

O estudo sobre neurodiversidade e o TEA destaca que foram encontrados dados baseados em evidências os quais asseguram que pessoas com essa condição possuem, pelo menos, seis características do processamento sensorial incomum presente na neurodiversidade dos autistas como: “maior apreciação ao detalhe; perspectiva sensorial aprimorada; desenvolvimento do conhecimento em domínios específicos; elevada facilidade de reconhecer padrões; habilidades visuais aumentadas; apreço maior por objetos inanimados” (Machado *et al.*, 2019, p. 174).

“A compreensão do autismo como diferença traz novas possibilidades de estudos, em especial nas ciências humanas” (Wuo; Yaedu; Wayszceyk, 2019, p. 4). Isso porque, na compreensão do autismo sob a visão crítica e social da neurodiversidade, as dificuldades encontradas por pessoas com deficiências são impostas pelas barreiras sociais encontradas.

Diferente do modelo biomédico sobre o TEA, que centra os distúrbios do neurodesenvolvimento como déficits, dificuldades ou atrasos, o conceito antropológico da neurodiversidade caracteriza-o como uma variação cerebral normal que é presente nos seres humanos, o que supera as dicotomias entre o normal e o patológico e passa a compreender o TEA como uma diferença. Compreende-se, portanto, que o movimento da neurodiversidade defende o modelo biopsicossocial no qual o sujeito deve ser compreendido em sua totalidade.

No modelo biopsicossocial, as pesquisas ressaltam os “aspectos de ordem social e cultural na construção da subjetividade da pessoa com TEA”. Sob essa ótica, “o autismo deixa de ser substância, patologia, entidade externa ao indivíduo e torna-se diferença que se constrói nas complexas relações entre indivíduo, cultura e sociedade” (Wuo; Yaedu; Wayszceyk, 2019, p. 15, 16).

METODOLOGIA

O presente estudo, de abordagem qualitativa, realizou-se a partir de uma revisão da literatura, onde buscou-se contextualizar de forma breve o transtorno do espectro autista a partir dos modelos biomédicos e biopsicossocial da deficiência. Para isso, utilizou-se como fonte principal as bases de pesquisa do Portal de Periódicos CAPES/ MEC, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado APA, a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), publicadas pela OMS.

Os materiais e textos indicados foram analisados na busca de evidências da

compreensão acerca dos elementos utilizados na abordagem do modelo biomédico e biopsicossocial ao caracterizar o TEA e relacionando o objeto de estudo, objetivos, amostra e resultados para a compreensão do autismo em contexto escolar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar as discussões e estudos sobre a deficiência, especificamente sobre o TEA, observa-se que em boa parte deles o espectro autista é apresentado por diferentes áreas, inclusive na área educacional, sob o modelo biomédico da deficiência, conforme descrito e apresentado nos manuais diagnósticos de saúde mental. Nesse modelo, os distúrbios do neurodesenvolvimento são apresentados como déficits, dificuldades ou atrasos. O enfoque é sempre dado no que falta no sujeito com transtorno, sem considerar outros fatores que podem influenciar no seu desenvolvimento como um todo.

Dessa forma, no caso de pessoas com TEA, suas dificuldades são ressaltadas, o sujeito é estigmatizado, seu desenvolvimento é limitado em razão da comparação com o que é considerado normal. No modelo biomédico, a visão sobre a pessoa com TEA, a partir de um olhar focados nos déficits, pode contribuir para segregar e excluir o sujeito, além de impossibilitar a sua participação plena em todos os espaços sociais.

No campo específico da educação e da educação especial, os modelos tradicionais orientados para o modelo da deficiência tentam curar, consertar, reparar, remediar, melhorar as ‘deficiências’ das crianças. Nesses modelos, os autistas são aproximados o máximo possível de uma norma ou são ajudados a enfrentar as deficiências da melhor maneira possível. [...] O modelo da neurodiversidade necessariamente forçará uma mudança no sistema educativo (Ortega, 2009, p. 75).

A partir da literatura aqui revisada, entende-se o modelo biopsicossocial em função de uma abordagem multidisciplinar a qual compreende dimensões que envolvem questões além da patologia corporal, como os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais. No modelo biomédico, os prejuízos causados pelo autismo é o que leva e justifica o impacto escolar, “desconsiderando fatores de ordem social, como as barreiras pedagógicas, educacionais, comunicacionais e, principalmente, atitudinais no processo de escolarização das pessoas com TEA” (Wou; Yaedu; Wayszceyk, 2019, p. 11).

Constata-se que, na maior parte dos estudos, no campo educacional sobre o TEA as descrições do transtorno baseiam-se no modelo biomédico, em detrimento do modelo crítico (biopsicossocial), apresentando diferenças significativas no modo como explicam o autismo (Wuo; Yaedu; Wayszceyk, 2019). Cabe considerar que:

Embora sejam importantes as pesquisas sobre a deficiência realizadas na perspectiva biomédica, a ausência de pesquisas na área das humanidades, na perspectiva do modelo social da deficiência, pode contribuir para reforçar os estigmas sociais que alimentam os processos de exclusão nos mais diferentes setores da sociedade (Mata, 2018, p. 376).

O Quadro 1 apresenta uma comparação entre os modelos biomédico e biopsicossocial quanto à concepção que possuem em relação às pessoas com deficiências.

QUADRO 1 — Quadro comparativo entre o modelo biomédico o modelo biopsicossocial da deficiência

Modelo Biomédico	Modelo Biopsicossocial
Deficiência como patologia individual.	Deficiência como patologia social.
Saber e avaliação exclusivamente médica.	Saber e avaliação multiprofissional (parceria de diferentes áreas).
Centrado no déficit, na limitação ou falta.	Centrado nas habilidades, funcionalidade e capacidades.
Estigmatiza e limita o indivíduo.	Estimula a autonomia e independência do indivíduo.
Problema centrado na deficiência.	Problema centrado em contextos socioambientais, psicológicos e pessoais.
Valoriza o padrão de normalidade.	Valoriza a diversidade humana.
Sujeitos passivos e dependentes.	Sujeitos ativos e independentes.
“saúde” vista como ausência de doença.	“saúde” definida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social.
Leva à segregação, exclusão e integração.	Possibilita a implantação de práticas inclusivas.
A deficiência impossibilita a participação plena.	A sociedade apresenta barreiras que impedem a participação plena.
Baseado no DSM-5 e CID.	Baseado na CIF.

Fonte: Ferreira (2022), com base em Fogaça e Klazura (2021), Mata (2018), Ortega (2009), OMS (2001) e Wuo, Yaedu e Wayszceyk (2019).

O documento *Linhas de Cuidados para Atenção para Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde* (BRASIL, 2015, p. 30) afirma que “a grande complexidade das questões envolvidas nas diversas formas de autismo exige que a ética do campo público seja ao mesmo tempo rigorosa e flexível, para dar acolhida a diferentes concepções sobre esse quadro”.

Pessoas com TEA, especialmente aquelas identificadas com a síndrome de Asperger, preferem que a sua condição seja entendida como uma *diferença* e não como uma patologia psiquiátrica ou uma deficiência, pois isso reduz o estigma e aumenta suas oportunidades de inserção social. Por outro lado, o reconhecimento de sua condição como uma patologia e/ou uma deficiência permite o seu acesso a serviços e recursos. Ambos os aspectos são legítimos e devem ser considerados no debate público (Brasil, 2015, p. 41).

Ressalta-se que para a OMS as deficiências e transtornos podem ser classificados tanto pela CID, vinculada ao modelo biomédico, quanto pela CIF, que se baseia em princípios do

modelo biopsicossocial, aprovada em 2001, após intensos debates e com participação de movimentos sociais e comunidades acadêmicas (Fogaça; Klazura, 2021).

A CIF possui como objetivo principal:

[...] proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho) (OMS, 2001, p. 2).

O termo Funcionalidade, presente na CIF, é utilizado para se referir a todas as funções do corpo, atividades e participação, enquanto o termo Incapacidade inclui deficiências, limitação de atividade ou restrição na participação. É importante lembrar que a CIF é uma classificação das condições de saúde que deve ser utilizada de forma complementar ao CID-11, pois, conforme informa o manual da CIF a utilização deste não deve substituir os procedimentos normais utilizados para diagnóstico (OMS, 2001).

Dessa forma, apresenta-se a CIF como maior identidade com o modelo biopsicossocial que pode ser utilizado enquanto ferramenta pedagógica de grande valia para a elaboração de programas educacionais, de forma que possa aumentar a consciencialização e realizar ações socioeducativas. No que se refere ao TEA, assim como acontece com outras síndromes, deficiências ou mesmo às pessoas sem nenhum tipo de deficiência, a CIF — em função de um contexto de saúde que engloba a Funcionalidade, analisa as funções do corpo, estrutura do corpo, atividades, participação contextual, e relacionada à Incapacidade — analisa as deficiências, limitação de atividades, restrição de participação e fatores ambientais (OMS, 2001).

De acordo com esse modelo, o TEA é analisado na CIF diante dos prejuízos nas funções psicossociais, em que se considera a funcionalidade da consciência, energia, impulso e funções executivas específicas como memória, linguagem e cálculo (OMS, 2001). Na mesma perspectiva, Coelho, Vilalva e Hauer (2019, p. 74) destacam que:

Presume-se que no autismo há uma alteração funcional no que se refere às funções psicossociais globais que desempenham um papel fundamental na compreensão e integração das funções mentais gerais, responsáveis pela aquisição de habilidades necessárias para o estabelecimento de relações interativas do indivíduo.

No documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2015, p. 41), adverte-se sobre o cuidado que deve ser considerado, de modo a não mascarar a necessidade dos devidos apoios:

[...] quando se tenta, de forma bem-intencionada, proteger do estigma uma pessoa com TEA, abstendo-a de um diagnóstico e salientando que suas dificuldades são frutos de uma ‘diferença’ no seu modo ou estilo de ser e não de uma patologia ou deficiência, isso pode ter, em algumas situações, o efeito adverso de reduzir o acesso dessa pessoa a serviços e benefícios.

De fato, ainda se pode observar muitas situações aqui no Brasil que tem levado a não homologação de políticas públicas atualizadas sobre o TEA, em decorrência dessa forma ‘bem-intencionada’ por parte de alguns, como parece ocorrer com o Parecer 50/2023 do Conselho Nacional de Educação para a inclusão escolar de educandos com TEA, ainda pendente de homologação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que, apesar das contribuições científicas nas últimas décadas apontarem para uma melhor compreensão acerca do TEA, ainda há muito a se fazer para que conclusões mais sólidas sejam estabelecidas (Orrú, 2012).

Como se pode observar, o modelo biomédico, ainda muito presente nos estudos na área da saúde e da educação, contribui com uma perspectiva de estigmatização do indivíduo com TEA, ao tempo que pode contribuir para segregá-lo e o excluí-lo. Nesse modelo, o transtorno que o indivíduo possui é que o impossibilita de ter uma participação, aprendizagem e vida plena. Enquanto no modelo biopsicossocial, pessoas com TEA ou outras deficiências são valorizados enquanto aqueles que apresentam uma condição e são seres únicos, independentes, com potencialidades, habilidades, funcionalidades e necessidades individuais, que merecem atenção e cuidados para que os permitam uma participação social que respeitem suas limitações.

Embora muitos considerem que os modelos biomédicos e biopsicossocial sejam opostos, ao entendê-los como complementares, cria-se uma compreensão ampliada dessa condição tão complexa. Compreender o sujeito com TEA a partir de uma visão interdisciplinar, além de garantir os seus direitos sob a ótica da equidade, permite conhecer as potencialidades e dificuldades comuns em indivíduos com nesse espectro, além de possibilitar compreender os desafios e pontos fortes existentes no processo de ensino e aprendizagem comuns nesses educandos dentro do contexto escolar.

Os estudos sobre o TEA, sobretudo no campo educacional, necessitam considerar que a representação social do espectro autista sob a ótica do modelo biopsicossocial pode contribuir para uma visão menos polarizada e excludente desses sujeitos, ao tempo em que é possível apresentar suas dificuldades e potencialidades como algo possível de ser estimulados de forma positiva ou negativa mesmo em ambientes educacionais.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 TR**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8124546/mod_resource/content/2/Manual_Diagn%C3%B3stico_e_Estat%C3%ADstico_de_Transtornos_Mentais_DSM_5_TR.pdf. Acesso em: 01 de jun. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

COELHO, A. B.; VILALVA, S.; HAUER, R. D. Transtorno do espectro autista: educação e saúde. **Revista Gestão & Saúde**. p. 70-82. 2019. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file75169ad10276e5f3a748914d88152915.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2024.

COUTINHO, A. A. et al. **Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças**. 2013. Disponível em: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm-5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas/>. Acesso em: 15 mai. 2024.

FERREIRA, Daniela Nascimento. **O desenvolvimento de material autoinstrucional como facilitador do acesso a informações para inclusão escolar de estudantes com transtorno do espectro autista**. Dissertação. (Mestrado Profissional em Educação Inclusiva) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa. 2022.

FOGAÇA, V. H. B.; KLAZURA, M. A. Pessoa com deficiência entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial: concepções em disputa. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 21, p. 1-18, e2013498, 2021. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/13408/209209214023>. Acesso em: 01 jun. 2024.

GADIA, C.; ROTTA, N. T. Aspectos clínicos do Transtorno do Espectro Autista. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. (Org.). **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 368-377.

MACHADO, A. C. H.; NASCIMENTO, D. G. D.; SILVA NETO, J. A.; ALVES, M. R. R.; RAMOS, V. D. G.; OLIVEIRA, J. M. R. A relação entre a neurodiversidade e o Transtorno do Espectro Autista. **Revista Educação em Saúde**, 01 novembro 2019, v.7, p.173-176.

MASATAKA, N. et al. Neurodiversity and artistic performance characteristic of children with autism spectrum disorder. *Frontiers in psychology*, v. 9, 2018. Disponível em <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02594/full>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MATA, A. S. Deficiência intelectual: análise da produção científica com base no modelo biomédico e modelo social da deficiência. **Filosofia e Educação**, Campinas, SP, v.10, n.2, p. 350-378, maio/ago. 2018.

OMS. **CID- 11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade**. Versão 02/ 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>. Acesso em: 14 fev. 2022.

OMS. **Manual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Direção Geral de Saúde. Lisboa, 2001.

ORRÚ, S. E. **Autismo, linguagem e educação: interação social no cotidiano escolar**. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade/ Disability, autism and neurodiversity. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1: p. 67-77, 2009.

PEREIRA, M. E. C. Bleuler e a invenção da esquizofrenia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 2000, jan.- abr.; v. 3, n.1: p. 158-163. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142000001011>. Acesso em: 22 fev. 2022.

WUO, A., YAEDU, F., WAYSZCEYK, S. Déficit ou diferença? um estudo sobre o autismo em pesquisas educacionais. **Revista Educação Especial**, 32, e102/ 1-21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X38975>. Acesso em: 05 fev. 2022.