

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO
EM PEDAGOGIA A DISTÂNCIA

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

5º semestre



Ministério
da Educação



Presidente da República Federativa do Brasil

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministério da Educação

Fernando Haddad

Maria Paula Dallari Bucci

Carlos Eduardo Bielschowsky

Ministro do Estado da Educação
Secretária da Educação Superior
Secretário da Educação a Distância

Universidade Federal de Santa Maria

Felipe Martins Müller

Dalvan José Reinert

Maria Alcione Munhoz

André Luis Kieling Ries

José Francisco Silva Dias

João Rodolpho Amaral Flôres

Orlando Fonseca

Charles Jacques Prade

Helio Leães Hey

Vania de Fátima Barros Estivalette

Fernando Bordin da Rocha

Reitor
Vice-Reitor
Chefe de Gabinete do Reitor
Pró-Reitor de Administração
Pró-Reitor de Assuntos Estudantis
Pró-Reitor de Extensão
Pró-Reitor de Graduação
Pró-Reitor de Planejamento
Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa
Pró-Reitor de Recursos Humanos
Diretor do CPD

Coordenação de Educação à Distância

Fabio da Purificação de Bastos

Carlos Gustavo Martins Hoelzel

Roberto Cassol

Daniel Luís Arenhardt

Coordenador CEAD
Coordenador UAB
Coordenador de Pólos
Gestão Financeira

Centro de Educação

Helenise Sangoi Antunes

Rosane Carneiro Sarturi

Diretora do Centro de Educação
Coordenadora do Curso de Pedagogia a Distância

Elaboração do Conteúdo

Carlo Schmidt

Professor pesquisador/conteudista

**Equipe Multidisciplinar de Pesquisa e
Desenvolvimento em Tecnologias da Informação
e Comunicação Aplicadas à Educação**

Coordenadora da Equipe Multidisciplinar Elena Maria Mallmann
Materiais Didáticos Volnei Antônio Matté
Desenvolvimento Tecnológico André Zanki Cordenonsi
Capacitação Ilse Abegg

Produção de Materiais Didáticos

Designer Evandro Bertol
Designer Marcelo Kunde

Orientação Pedagógica Diana Cervo Cassol

Revisão de Português Marta Azzolin
Samarlene Pilon
Sílvia Helena Lovato do Nascimento

Ilustração Cauã Ferreira da Silva
Natália de Souza Brondani

Diagramação Emanuel Montagnier Pappis
Maira Machado Vogt

Suporte Moodle Ândrei Camponogara
Bruno Augusti Mozzaquatro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA	5
UNIDADE A	
OS TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO	6
Objetivos	6
1. Os Transtornos Globais do Desenvolvimento.....	6
1.1 Transtorno de Rett.....	7
1.2 Transtorno Desintegrativo da Infância.....	9
1.3 Transtorno de Asperger.....	10
1.4 Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.....	12
UNIDADE B	
O TRANSTORNO AUTISTA	13
1.1 Histórico	13
1.2 Características do autismo.....	14
UNIDADE C	
AUTISMO E FAMÍLIA	26

APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA

O autismo é uma condição descrita pela primeira vez pelo psiquiatra **LEO KANNER** no ano de 1943. Mesmo passados mais de 60 anos da publicação original, ainda hoje esse diagnóstico permanece sob certa confusão, suscitando divergências tanto entre profissionais pesquisadores quanto clínicos.

Portanto, esta disciplina tem como objetivo levar a você conhecimento científico e atualizado sobre os **TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO**, envolvendo aspectos históricos, causas, características diagnósticas e principais condições associadas. Também aborda possibilidades de atuação do educador junto a pessoas com transtornos do desenvolvimento e sua família, com atenção especial aos processos de compreensão, avaliação, planejamento e intervenção.

A Unidade A aborda os Transtornos Globais do Desenvolvimento, em que veremos detalhadamente os cinco subtipos que fazem parte dessa categorização (Transtorno Autista, Transtornos de Asperger, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do desenvolvimento Sem Outra Especificação). Aqui o objetivo será compreender as diferenças e semelhanças entre essas condições a partir de suas características diagnósticas.

A Unidade B aprofunda o estudo do autismo, enfocando os aspectos históricos dessa síndrome, as características centrais (interação social, comunicação e comportamentos), curso, prognóstico e as diferenças do autismo para os outros TGDs. Além disso, apresenta alguns dos programas de intervenção para o autismo.

Por fim, a Unidade C aborda os problemas enfrentados pela família das pessoas com autismo, sejam eles o impacto da síndrome nos pais e irmãos e as formas de auxiliá-los diante dessa situação.

PERSONALIDADE



Leo Kanner: Psiquiatra infantil, famoso por ser o primeiro pesquisador a descrever o autismo em um artigo sobre 11 crianças com dificuldades de se relacionar com as pessoas. Para saber mais consulte: <http://www.autismo-br.com.br/home/Inicio.htm>

GLOSSÁRIO

Transtornos Globais do desenvolvimento: Grupo de transtornos onde, além do autismo, encontram-se outros transtornos que se caracterizam por alterações na interação social, comunicação e comportamentos. É o mesmo que Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, ou Transtornos Pervasivos do Desenvolvimento.

UNIDADE A

OS TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

OBJETIVOS

- Compreender a categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento.
- Identificar as características de cada diagnóstico compreendidos dentro dos TGDs.

INTRODUÇÃO

Para começarmos a conhecer os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), precisamos saber como eles se compõem enquanto categoria diagnóstica. Isso porque pertencem aos TGDs outras cinco subcategorias diagnósticas, descritas pelo **DSM-IV**, que veremos a seguir.

1. OS TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento é uma categoria diagnóstica que inclui um grupo de outros transtornos caracterizados no DSM-IV. Esses outros transtornos estão incluídos nos TGDs porque todos apresentam sintomas em comum, ou seja, o prejuízo severo e invasivo em diversas habilidades de interação social recíproca, nas habilidades de comunicação e a presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados. Essas três características é que caracterizam os TGDs.

Nessa classificação, estão incluídas cinco categorias diagnósticas: Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra Especificação.

F84.0	Transtorno Autista
F84.2	Transtorno de Rett
F84.3	Transtorno Desintegrativo da Infância
F84.5	Transtorno de Asperger
F84.9	Transtorno Global do Desenvolvimento SOE

Tabela A1 – Transtornos Globais do Desenvolvimento

Observe que cada diagnóstico dentro dos TGDs possui uma numeração a sua esquerda. A esses números é dado o nome de codificação diagnóstica, e serve para uma comunicação eficiente entre médicos acerca da condição de determinada criança. Apenas

GLOSSÁRIO

DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – Quarta Edição, é o livro que categoriza todos os principais transtornos, inclusive os Transtornos Globais do Desenvolvimento.

mencionando o número da condição a outro médico, pode-se saber o que o paciente apresenta.

Nesta unidade, veremos os outros diagnósticos dentro dos TGDs, que não o autismo, o qual será visto mais detalhadamente na Unidade 2.

1.1 TRANSTORNO DE RETT

O Transtorno de Rett, ou Síndrome de Rett (SR), é uma condição clínica descrita inicialmente por Andreas Rett em 1966, que afeta exclusivamente pessoas do sexo feminino. Mais recentemente, descobriu-se que se trata de um transtorno genético que causa distúrbios neurológicos. Compromete progressivamente as funções motoras, intelectual assim como o comportamento e dependência.

Na maioria dos casos, a menina tende a crescer e se desenvolver de forma aparentemente normal entre os 8 e os 12 meses de idade, depois começa a mudar o padrão de seu desenvolvimento. Há uma parada no desenvolvimento psicomotor, a criança torna-se isolada e deixa de responder e brincar. Isso porque o crescimento craniano, até então normal, passa a desenvolver-se de modo mais lento, gerando uma **MICROCEFALIA** adquirida. Aos poucos a criança deixa de manipular objetos. Surgem movimentos estereotipados das mãos, marca registrada das pessoas com SR, que se assemelha ao movimento de lavar as mãos. Podem também aparecer sob a forma de contorções, aperto, bater de palmas, levar as mãos à boca, até à perda das habilidades manuais.

O interesse pelo ambiente social também diminui nos primeiros anos após o início do transtorno, embora a interação social possa frequentemente se desenvolver mais tarde.

Aparecem problemas motores afetando o caminhar ou movimentos do tronco. Existe, também um severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem, muitas vezes a linguagem oral pode estar ausente.

A seqüência de alterações no desenvolvimento ocorre de modo tão habitual e sistemático que foi utilizada para descrever quatro estágios na SR.

ESTÁGIOS DA SÍNDROME DE RETT

1. Estágio da Estagnação Precoce (6-18 meses)

- Parada no desenvolvimento.
- Desaceleração do crescimento craniano/cerebral.
- Desinteresse pelas brincadeiras.
- **HIPOTONIA MUSCULAR**



Figura A1 – Transtorno de Rett

α GLOSSÁRIO

Microcefalia: (do grego, mikrós=pequeno; e kephalé=cabeça) é uma condição neurológica em que o tamanho da cabeça é menor do que o tamanho típico para a idade da criança.

α GLOSSÁRIO

Hipotonia muscular: condição na qual o nível de tensão do músculo está anormalmente baixo, geralmente envolvendo redução da força muscular.

2. Estágio Rapidamente Destrutivo (1-3 anos)

- Rápida regressão no desenvolvimento com irritabilidade.
- Perda da coordenação motora no uso das mãos.
- **CRISES CONVULSIVAS**
- Estereotípias das mãos: esfregar, lavar, levar à boca.
- Assemelha-se ao autismo.
- Redução ou perda da linguagem expressiva.
- Insônia.
- Auto-agressão.

3. Estágio Pseudo-Estacionário (2-10 anos)

- Deficiência mental severa.
- Melhora nas características autistas.
- Crises convulsivas.
- Rigidez muscular.
- Estereotípias típicas das mãos.
- Descoordenação para andar e movimentos.
- Enrijecimento da musculatura.
- Momentos de falta de ar (apnéia).
- Perda de peso, apesar de excelente apetite.
- Problemas de coluna (escoliose).
- Ranger de dentes (bruxismo).

4. Estágio da Deterioração Motora Tardia (10 anos)

- Escoliose, atrofia muscular e rigidez progressivas.
- Diminuição dos movimentos/cadeira de rodas.
- Atraso no crescimento.
- Melhora no contato visual – Olhar fixo, intenso.
- Linguagem praticamente ausente.
- Diminuição das crises convulsivas.

Pessoas com o **TRANSTORNO DE RETT** normalmente têm Deficiência Mental. Sua prevalência é pouco freqüente na população, ocorrendo um caso para cada 10.000 nascidos.

Sobre possibilidades de intervenção, sabe-se que, na maior parte dos casos a recuperação é limitada, embora alguns progressos no desenvolvimento possam ser feitos e um interesse pela interação social possa ser observado quando os indivíduos ingressam em uma fase mais tardia da infância ou na adolescência. As dificuldades de comunicação e comportamento em geral permanecem relativamente constantes ao longo da vida.

SAIBA MAIS

Crises convulsivas: A crise convulsiva pode ser generalizada, atônicas ou focais. As generalizadas ocorrem quando há movimentos descoordenados de braços e pernas, desvio dos olhos e perda da consciência. As atônicas se caracterizam por apresentar-se como uma «moleza» generalizada no corpo da pessoa. Por fim, as focais ocorrem quando as contrações acontecem em um membro do corpo (braço ou perna) e não fazem com que a pessoa perca a consciência.

ATENÇÃO

Para entender um pouco mais sobre **Transtorno de Rett**, pode-se ver o vídeo: <http://www.youtube.com/watch?v=YTRmfGhtOda>

1.2 TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA



Figura A2

Esse transtorno possui um histórico mais longo que o próprio autismo. O primeiro a descrevê-lo foi o educador vienense Theodore Heller, em 1908, por isso é também conhecido como Síndrome de Heller, Demência Infantil ou Psicose Desintegrativa. Heller chamou de "*dementia infantilis*" o caso de seis pacientes que apresentavam como características comuns o desenvolvimento aparentemente normal durante os três ou quatro primeiros anos de vida, quando começam a apresentar perdas significativas das habilidades sociais e comunicativas. Por causa dessas dificuldades sociais e comunicativas, o Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) faz parte dos Transtornos Globais do desenvolvimento.

A diferença entre Autismo e o TDI é que no primeiro não ocorre um período de desenvolvimento absolutamente normal da criança nos primeiros anos de vida, pelo contrário, os pais relatam desvios e/ou atrasos no desenvolvimento social e da linguagem freqüentemente antes dos 2 anos. Já no TDI, as alterações surgem de modo mais abrupto e mais tarde, entre os 3 e os 5 anos de idade, sendo o desenvolvimento inicial sem anormalidades.

No TDI, após os primeiros 2 ou 3 anos de vida (mas antes dos 10 anos), a criança começa a sofrer perdas rápidas e progressivas na linguagem (vocabulário reduz, fala menos), nas habilidades sociais (olhar, gestos sociais) ou no comportamento adaptativo, no controle intestinal ou vesical, nos jogos ou nas habilidades motoras (dificuldades para andar).

Pessoas com Transtorno Desintegrativo da Infância geralmente apresentam Deficiência Mental Severa e convulsões associadas.

O Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) é muito raro e menos comum que o Transtorno Autista, sendo mais comum no sexo masculino. A prevalência atual é de 1,7 crianças para cada 100.000 nascidos.

As dificuldades sociais, comunicativas e comportamentais permanecem relativamente constantes durante toda a vida, inclusive de modo mais grave do que no autismo.

1.3 TRANSTORNO DE ASPERGER

Também conhecida como **SÍNDROME DE ASPERGER**, essa condição foi identificada pela primeira vez pelo pediatra austríaco Hans Asperger, em 1944, em Viena, em seu artigo intitulado "Psicopatia Autística na Infância". Como Asperger publicou em alemão, suas descobertas somente foram conhecidas mundialmente quase cinquenta anos depois. Em 1980, sua obra foi traduzida para o inglês e, na década de 1990, a comunidade científica internacional reconheceu a Síndrome de Asperger (SA) como um transtorno do desenvolvimento que engloba uma série de dificuldades similares ao autismo.

A SA caracteriza-se por dificuldades de interação social, assim como padrões de interesses e comportamentos limitados, idêntico ao autismo, porém se distingue dele por que não apresenta retardo significativo da linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. Essa é a diferença.

É importante lembrar que, para ser considerado com Asperger, é necessário que as dificuldades da pessoa, tanto da interação social quanto dos interesses restritos, devem resultar em um prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional. Isso quer dizer que tais dificuldades interferem negativamente na relação do indivíduo com as pessoas no ambiente de trabalho ou social.

1.3.1 Características dos sujeitos com Síndrome de Asperger

Os sujeitos com SA tendem a ser socialmente isolados, mas não parecem "tímidos" ou retraídos na presença dos outros, como fazem as pessoas com autismo. Normalmente aproximam-se dos demais, porém de forma freqüentemente inadequada, como por exemplo, conversar em monólogo, falando sozinho, com poucas pausas na fala e detendo-se sobre um assunto só, normalmente de pouco interesse aos outros (por exemplo, linhas de ônibus ou marcas de carros).

Pessoas com SA têm interesse em fazer amizades e estar com outras pessoas, mas normalmente as abordam de forma desajeitada, causando certo constrangimento a si e aos outros. Esse desajeitamento social se deve principalmente às dificuldades em compreender os sentimentos e intenções das outras pessoas, dificultando entrar na mesma "sintonia".

Esse jeito desajeitado para interagir com os outros também pode levar essas pessoas a desenvolverem depressão na adolescência por se darem conta das suas dificuldades e sofrerem por ser diferentes.

SAIBA MAIS

Diferença entre Asperger e Autismo:

Embora o sujeito com Asperger não apresente atraso na aparição da linguagem e deficiência intelectual e os autistas sim, os cientistas ainda divergem quanto a considerar o Autismo diferente de AS ou a mesma condição, apenas com sintomas mais severos no autismo. Leia mais em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a02v28s1.pdf>

A linguagem das pessoas com SA é característica dessa condição, destacando-se 3 aspectos:

1. A linguagem pode ter **PROSÓDIA** pobre, ainda que a inflexão e a entonação possam não ser tão rígidas e monotônicas como no autismo. Essa prosódia, que normalmente usamos para enfatizar aspectos importantes do que estamos narrando, não ocorre do mesmo modo em pessoas com Asperger, o que causa no ouvinte a impressão de que os fatos não são carregados de emoção (por exemplo, notícia o falecimento de um familiar próximo sem expressão de tristeza em sua fala).
2. A velocidade da fala também pode ser incomum (por exemplo, fala muito rápida) ou ainda pode haver dificuldades de fluência (fala entrecortada, parando para respirar no meio do discurso). Pode haver dificuldades em controlar o volume (por exemplo, a voz é muito alta, apesar da proximidade física do parceiro da conversação).
3. A última característica pode ser particularmente observável no contexto de falta de ajustamento ao ambiente social em questão (por exemplo, falar muito alto em uma biblioteca, ou sussurrar em uma multidão barulhenta). Essa dificuldade em ajustar seu comportamento, em geral, aos diferentes ambientes ou contextos é frequentemente observada em pessoas com Síndrome de Asperger.

Pessoas com SA podem ter um atraso nas habilidades motoras, tais como andar de bicicleta, agarrar uma bola, abrir garrafas e subir em brinquedos de parquinho ao ar livre, parecendo visivelmente desajeitados por causa de sua coordenação pobre. O andar pode ser diferenciado (arqueado ou aos saltos). Os pontos fortes mais frequentes em pessoas com SA são as habilidades auditivas e verbais e aprendizado repetitivo, bem como os fracos relacionam-se às habilidades visuomotoras e visuoperceptuais e no aprendizado conceitual.

Em relação ao futuro, muitas crianças com SA são capazes de assistir a aulas em escola regular, acompanhadas ou não de serviços educacionais especializados. Porém, nesses locais são frequentemente vistas como excêntricas (por seu jeito "diferente" de ser) e servem de alvo para chacotas e piadas. Outras pessoas com SA podem precisar de serviços de educação especial de modo mais intenso, por causa de suas dificuldades sociais e comportamentais e não somente devido às dificuldades de aprendizagem. Muitas vezes, podem-se utilizar os talentos especiais dessas pessoas para obter emprego e ter vidas auto-sustentadas, como, por exemplo, trabalhar para uma

az GLOSSÁRIO

Prosódia: está relacionada com a correta acentuação e entonação dos fonemas. No caso da pessoa com Asperger, há pouca ênfase em aspectos emocionais das frases, parecendo faltar o "colorido emocional" da narrativa.

empresa de telefonia por ter decorado toda a lista telefônica da cidade ou com mapas por sua habilidade visuoespacial.

Por causa das características na Síndrome de Asperger se apresentarem de forma mais leve que no autismo, essas pessoas geralmente recebem o diagnóstico apenas na fase pré-escolar ou escolar. Isso porque é nessa idade que as exigências acadêmicas e, principalmente sociais são mais exigidas.

1.4 TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

O Transtorno Global do desenvolvimento Sem Outra Especificação é utilizado como diagnóstico para crianças que apresentam aquelas características típicas do autismo – interação social recíproca, comunicação e comportamento, interesses e atividades estereotipados, mas não em intensidade ou frequência suficientes para caracterizar **AUTISMO**.

Por exemplo, a criança pode apresentar alguns dos sintomas descritos no autismo, mas não todos. Aí o diagnóstico correto é TGD-SOE.

ATENÇÃO

A lista de sintomas necessários para uma criança ser considerada autista será vista em detalhe na Unidade B, quando falaremos especificamente sobre o autismo.

UNIDADE B

O TRANSTORNO AUTISTA

1.1 HISTÓRICO

As primeiras publicações a respeito da síndrome do autismo foram de autoria do psiquiatra austríaco Leo Kanner em 1943, denominando-a inicialmente de “distúrbio autístico do contato afetivo”. Logo depois, esse termo foi substituído por “autismo infantil precoce” (KANNER, 1944). Kanner descreveu o caso de 11 crianças que apresentavam características diferentes de tudo visto até então, no qual o comprometimento fundamental era a incapacidade para relacionamentos com pessoas e situações, desde o início da vida. Estas crianças demonstravam:

- Ausência de **MOVIMENTO ANTECIPATÓRIO**.
- Dificuldades para aconchegar-se ao colo.
- Descontextualização no uso de palavras.
- **ECOLALIA** (imediate e tardia).
- Inversão pronominal.
- Distúrbios na alimentação.
- Atividades e movimentos repetitivos.
- Resistência à mudança.
- Limitação da atividade espontânea.

Durante quase 30 anos após sua primeira publicação, Kanner ainda considerava o Autismo como uma Esquizofrenia Infantil, ou seja, uma forma de psicose. Sabe-se hoje que se trata de duas condições distintas, pois a esquizofrenia tem início bem mais tarde que o autismo e é marcada pela presença de delírios e alucinações, o que não ocorre no autismo.

Kanner também relatou que as famílias das crianças com autismo que ele avaliou possuíam algumas características em comum, como, por exemplo, altos níveis de inteligência e alto nível sociocultural dos pais, bem como rigidez e certa **FRIEZA NAS RELAÇÕES** entre casais e pais e filhos. Tais características familiares logo foram questionadas por outros cientistas se não poderiam ser a causa do autismo nessas crianças, inferindo que o autismo se originaria de dificuldades afetivas e da relação entre pais-bebê nos primeiros anos de vida.

No entanto, nem o próprio Kanner acreditava que o autismo fosse ocasionado pura e simplesmente pelas características dos pais. Sua conclusão foi de que o autismo origina-se de uma incapacidade **INATA** de estabelecer o contato afetivo habitual e biologicamente previsto com as pessoas.

GLOSSÁRIO

Movimento antecipatório: Antecipação do movimento, no caso do autismo refere-se à observação de que essas crianças não se antecipavam ao comportamento materno. Por exemplo, quando a mãe se abaixava para pegar a criança, estendendo seus braços, é esperado que ela antecipe o movimento, estendendo também os braços em direção à mãe.

GLOSSÁRIO

Ecolalia: Repetição de palavras. A ecolalia imediata é quando a palavra é repetida imediatamente a sua pronúncia e a tardia é quando a repetição ocorre algum tempo depois.

ATENÇÃO

A frieza afetiva, descrita inicialmente por Kanner, levou a uma culpabilização desses pais durante pelo menos duas décadas. Nas décadas de 1950-1960, o psicólogo Bruno Bettelheim cunhou o termo “mães-geladeira” para ilustrar a ideia de que o autismo era originado pela indiferença da mãe em relação à criança.

SAIBA MAIS

Inata significa que nasce com o indivíduo. Nesse sentido, Kanner considerou que o autismo era ocasionado por uma falha no contato afetivo, presente desde o nascimento e não adquirido pela convivência com pais através da frieza afetiva.

Um marco importante na classificação do transtorno autista ocorreu em 1979, quando o psiquiatra inglês Michael Rutter propôs uma definição do autismo com base em quatro critérios que avançou os conceitos da época, sendo eles:

1. atraso e desvio sociais não só como função de retardo mental;
2. problemas de comunicação, novamente, não só em função de retardo mental associado;
3. comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos;
4. início antes dos 30 meses de idade.

O conceito de autismo foi se modificando ao longo do tempo, com base em novos estudos, os quais identificaram diferentes causas, graus de severidade e características específicas. As definições atuais de autismo o conceituam como uma síndrome comportamental, de **ETIOLOGIAS** múltiplas, que compromete o processo do desenvolvimento infantil.

O autismo é uma condição que se manifesta de forma universal em qualquer região geográfica, independente de raça, etnia, classe social ou cultural. Entre as décadas de 1960 e 1990 foi considerado bastante raro, com 4 a 5 crianças com autismo em cada 10.000, porém estudos mais recentes têm apontado taxas de até 1 criança a cada 1.000 (1% da população) e 1 a cada 160 com diagnóstico dentro do **ESPECTRO DO AUTISMO**.

Desse modo, o autismo passa de uma síndrome considerada inicialmente como rara para ocupar o terceiro lugar entre os transtornos do desenvolvimento mais comuns, superando as prevalências de más-formações congênicas e Síndrome de Down.

O aumento no número de casos não significa necessariamente que tenha crescido o número pessoas com autismo nas últimas décadas, mas parece refletir um maior reconhecimento dos profissionais a respeito desse transtorno em crianças, fazendo com que seja mais facilmente diagnosticado..

1.2 CARACTERÍSTICAS DO AUTISMO

O Transtorno Autista é chamado, ocasionalmente, de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner. Conforme o DSM-IV-Tr (APA, 2002), o autismo se caracteriza pela presença de um comprometimento severo e invasivo em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas. Por isso, a essas três áreas é dado o nome de "Tríade do Autismo". As formas como se manifestam essas alterações variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo.

az GLOSSÁRIO

Etiologias: causa de uma doença ou condição médica.

az GLOSSÁRIO

Espectro do autismo: Refere-se a uma vasta gama de condições que têm como característica comum as dificuldades na tríade de comprometimentos: linguagem, comunicação social e imaginação. Esse conceito será visto com maior detalhe mais adiante, nessa mesma unidade.

1.2.1 Interação social

O comprometimento da interação social é caracterizado por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas. Podem-se observar dificuldades na espontaneidade, imitação e jogos sociais, bem como uma inabilidade em desenvolver amizade com seus companheiros. Por exemplo, os indivíduos mais jovens podem demonstrar pouco ou nenhum interesse pelo estabelecimento de amizades; os mais velhos podem ter interesse por amizades, mas não compreendem as convenções da interação social.

Observa-se um comprometimento acentuado no uso de comportamentos verbais e não-verbais que regulam a interação social e a comunicação (por ex., contato visual direto, expressão facial, posturas e gestos corporais), além da falta de reciprocidade social e emocional. Pode ocorrer uma falta de busca espontânea pelo prazer compartilhado, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar para objetos que consideram interessantes) (Assumpção Jr., 1997; Bosa, 2001). Uma falta de reciprocidade social ou emocional pode estar presente (por ex., não participa ativamente de jogos ou brincadeiras sociais simples, preferindo atividades solitárias, ou envolve os outros em atividades apenas como instrumentos ou auxílios “mecânicos”). Os indivíduos com este transtorno podem ignorar as outras crianças (incluindo os irmãos), podem não ter idéia das necessidades dos outros, ou não perceber o sofrimento de outra pessoa.

A compreensão a respeito do desenvolvimento das interações sociais e emocionais de crianças durante os dois primeiros anos de vida tem sido alvo de intensas discussões nas últimas duas décadas. Tanguay (2000) descreve que as crianças já vêm ao mundo com um conjunto inato de tendências comportamentais que maximizam sua interação com seus cuidadores. As crianças, a exemplo de outros primatas, emitem várias expressões faciais inatas e universais (Izard, 1994), também conseguindo discriminar o rosto de sua mãe de outras pessoas estranhas (Field, Cohen, Garcia & Greenberg, 1984). Quando uma mãe interage com seu filho através de gestos, linguagem corporal e expressões faciais, a criança também aprende a responder com seu próprio conjunto de comportamentos comunicativos não verbais. Crianças com autismo tendem a mostrar dificuldades no engajamento dessas atividades de comunicação social, bem como parecem não reconhecer o significado emocional e contextual das expressões faciais, gestos e comunicações não verbais de emoções (Baron-Cohen, Tager-Flusberg & Cohen, 1993; Hobson, 1986).

1.2.2 Comunicação

Quanto ao comprometimento das modalidades de comunicação, é relatado atraso ou falta total de desenvolvimento da linguagem falada, uso estereotipado e repetitivo da linguagem. Quando a fala chega a se desenvolver, o timbre, a entonação, a velocidade, o ritmo ou a ênfase podem ser anormais (por ex., o tom de voz pode ser monótono ou elevar-se de modo interrogativo ao final de frases afirmativas). As estruturas gramaticais são freqüentemente imaturas e incluem o uso estereotipado e repetitivo da linguagem (por ex., repetição de palavras ou frases, independentemente do significado; repetição de comerciais ou jingles) ou uma linguagem metafórica (isto é, uma linguagem que apenas pode ser entendida claramente pelas pessoas familiarizadas com o estilo de comunicação do indivíduo). Dificuldades importantes na compreensão da linguagem podem ser evidenciadas por uma incapacidade de entender perguntas, orientações ou piadas simples.

É frequente a presença de uma inabilidade para iniciar e manter uma conversação em indivíduos que chegam a falar. Acrescentam-se ainda outras características como a inversão pronominal (falar sobre si na terceira pessoa, por exemplo, "João quer água" – frase dita por um autista chamado João), a ecolalia imediata (repetição da palavra logo após ser dita) e a ecolalia diferida (repetição da palavra algum tempo após ser dita, também chamada de ecolalia tardia) (Assumpção Jr., 1995; Bosa, 2001; Rutter & cols., 1996).

Além disso, podem estar ausentes os jogos variados e espontâneos de faz-de-conta ou de imitação social, apropriados ao nível de desenvolvimento. As brincadeiras imaginativas em geral estão ausentes ou apresentam prejuízo acentuado. Esses indivíduos também tendem a não se envolver nos jogos de imitação ou rotinas simples da infância, ou fazem-no fora de contexto ou de um modo mecânico.

1.2.3 Comportamentos, interesses e atividades estereotipadas

O terceiro item da tríade de comportamentos refere-se aos padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamentos, interesses e atividades. Estes podem ser manifestados através da adesão inflexível a rotinas e rituais específicos, não funcionais, e pela preocupação persistente com partes de objetos (botões, partes do corpo). Também pode haver uma fascinação com o movimento em geral (por exemplo, as rodinhas dos brinquedos em movimento, o abrir e fechar de portas, ventiladores ou outros objetos com movimento giratório rápido). O indivíduo pode apegar-se intensamente a algum objeto inanimado (por exemplo, um pedaço de barbante ou uma faixa elástica).

Além desses sintomas, observa-se insistência na mesmice, bem como a manifestação de sofrimento e resistência frente a mudanças (por exemplo, percorrer exatamente o mesmo caminho para

a escola, todos os dias). Podem insistir na mesmice e manifestar resistência ou sofrimento frente a mudanças triviais (por exemplo, uma criança mais jovem pode ter uma reação catastrófica a uma pequena alteração no ambiente, tal como a colocação de cortinas novas ou uma mudança no local da mesa de jantar).

Pessoas com autismo podem enfileirar um número exato de brinquedos da mesma maneira repetidas vezes ou imitar inúmeras vezes as ações de um ator de televisão em um comercial.

Um comportamento bastante conhecido no autismo diz respeito aos maneirismos motores estereotipados e repetitivos, normalmente o *flapping* (comportamento de “abandar” as mãos de modo rápido e repetitivo) e o *rocking* (“balanceio” do corpo para frente e para trás). Os movimentos corporais estereotipados também podem envolver as mãos (bater palmas, estalar os dedos) ou todo o corpo (balançar-se, inclinar-se abruptamente ou oscilar o corpo). Anormalidades da postura (caminhar na ponta dos pés, movimentos estranhos das mãos e posturas corporais) podem estar presentes.

Apesar de ser uma das características mais conhecidas como típicas das pessoas com autismo, esse comportamento também está presente em outras condições como na esquizofrenia ou nas deficiências sensoriais.

Outras características

Além dos itens da tríade, típica do autismo, os indivíduos com Transtorno Autista podem apresentar uma gama de outras características comportamentais, incluindo hiperatividade, desatenção, impulsividade, agressividade, comportamentos auto-agressivos e, particularmente em crianças mais jovens, acessos de raiva.

Respostas incomuns a estímulos sensoriais (por exemplo, insensibilidade à dor, alta sensibilidade aos sons ou ao toque, reações exageradas à luz ou a odores, fascinação com certos estímulos) podem ser observadas. A alimentação também pode manifestar-se de forma diferenciada, por exemplo, limitando-se a ingerir poucos alimentos na dieta, ou ainda comer alimentos não comestíveis, como areia. Alterações do sono como despertares noturnos por balanço do corpo são comuns.

No humor ou afeto, podem-se observar risadinhas ou choro sem qualquer razão visível, uma aparente ausência de reação emocional, assim como ausência de medo em resposta a perigos reais (não reage frente a um cachorro raivoso latindo) e temor excessivo em resposta a objetos inofensivos (lanternas, fios de luz).

Uma variedade de comportamentos autolesivos também podem estar presentes, como por exemplo, bater a cabeça ou morder os dedos, mãos ou pulsos. Esses casos necessitam de um auxílio externo visando não causar lesões sérias em seu corpo.

Passa horas brincando com os mesmo objetos

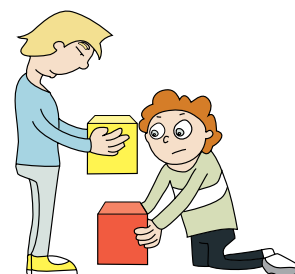


Figura B1

Hiperativo

Mexe excessivamente com os membros



Figura B2

Na adolescência e início da idade adulta, os indivíduos com Transtorno Autista que têm boa capacidade intelectual podem tornar-se deprimidos em resposta à percepção de seu sério comprometimento, tal como ocorre com pessoas com Síndrome de Asperger.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), os sintomas típicos se fazem presentes antes dos 36 meses de idade. Não existe, em geral, um período de desenvolvimento inequivocamente normal, embora, em 20% dos casos, os pais tenham descrito um desenvolvimento relativamente normal por 1 ou 2 anos. Nesses casos, os pais podem relatar que a criança falou algumas palavras e depois as perdeu ou que seu desenvolvimento pareceu se estagnar. Esse quadro é associado à deficiência mental em 65 a 90% dos casos, e poucos indivíduos apresentam QI acima de 80. É de consenso que a maioria dos casos (mas não todos) que apresenta a tríade em grau severo, mostra os primeiros sintomas logo no início da vida.

A noção de espectro autista

No estudo de Wing e Gould (1979), em que 35 mil crianças foram avaliadas, os autores concluíram que as características até então descritas como típicas do autismo formam uma tríade – “Tríade de Wing”. Do mesmo modo que o CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV-TR (APA, 2002), a tríade é marcada pelo comprometimento nas áreas social, comunicação e atividades imaginativas (Wing & Gould, 1979). Os autores postularam que a “síndrome de Kanner”, na verdade, fazia parte de um continuum ou spectrum de desordens autísticas, propondo a utilização da terminologia “espectro autista” para se referir a uma vasta gama de patologias que têm como característica comum o déficit qualitativo na tríade de comprometimentos (linguagem, comunicação social e imaginação). Com base nessa noção, o autismo seria o protótipo desses déficits. É descrito que para o diagnóstico de autismo seria necessário e suficiente um comprometimento intrínseco no desenvolvimento quanto à habilidade para o engajamento na interação social recíproca. Esse comprometimento poderia ocorrer isoladamente, mas frequentemente vem acompanhado por dificuldades em outras funções psicológicas. Desta forma, o termo continuum diz respeito a um conceito que representa mais do que uma simples escala de severidade, que vai do mais leve ao mais severo.

O artigo original de Lorna Wing apresenta 3 subgrupos específicos de autismo, com base no tipo de dificuldade social:

1. **Indiferentes** – são indivíduos que tendem a se agitar com a aproximação dos outros. Inicialmente, parecem rejeitar os contatos físicos que não foram procurados espontaneamente por eles, porém em alguns momentos breves gostam de jogos com contatos físicos (gostam de serem abraçados fortemente). Apenas uma par-

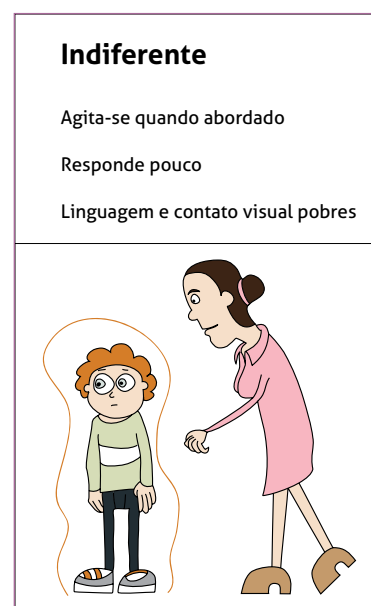


Figura B3 – Subgrupo do espectro do autismo conforme Lorna Wing

te deste grupo consegue desenvolver a linguagem, quando então apresentam alterações como: ecolalia, inversão pronominal, repetição e abreviação de frases, verbalização do estritamente necessário. O contato visual é normalmente pobre. As crianças encontradas neste grupo tendem a ser ágeis em escadas e em outras atividades motoras globais. Reagem pouco aos sinais sonoros, especialmente nos primeiros anos de vida: ignoram ou são totalmente fascinadas por sons, dor, vibrações ou sensações cinestésicas, como de olhar os objetos que rodam ou giram;

2. **Passivos** – são capazes de ir ao encontro dos outros, parecendo aceitar e sentir a proximidade deles. Sua linguagem tende a ser menos desenvolvida que o outro grupo, entretanto, persistem alterações de discurso, apesar de um bom vocabulário e gramática intacta. Tal como é nomeado este grupo estas pessoas se apresentam geralmente de forma passiva. Os jogos simbólicos são ausentes ou muito pobres, sendo possível observar a cópia do jogo das outras crianças. Os movimentos estereotipados e as reações sensoriais anormais são pouco presentes (ou inexistentes). Podem apresentar boa capacidade espacial, mas a coordenação motora tende a ser pobre. As atividades repetitivas são freqüentes, porém as reações às mudanças são menos importantes. Estas crianças podem adaptar-se facilmente nas escolas não especializadas.;
3. **Ativos mas estranhos** – é formado por indivíduos que estabelecem espontaneamente contatos físicos e sociais de uma maneira particular, ingênua e unilateral. Não buscam interação social ou trocas de idéias, porém demonstram interesse em fazer perguntas ou respondê-las. Sua linguagem é mais rica do que nos demais grupos, mas alterações são também encontradas na sua fala como, por exemplo, a falta de coerência no discurso (ex.: interpretações literais são freqüentes, dando a impressão estranha ao discurso). A comunicação não verbal é inadequada, mostrando ausência ou exagero na gestualidade e contato visual inapropriado. A entoação verbal é monótona e possui inflexão verbal bizarra. Também apresentam déficit na sua coordenação motora, sendo frequentemente desajeitadas e com uma imaturidade postural e de movimentos. Inaptidões sensoriais podem apresentar-se na primeira infância, podendo desaparecer com o tempo. Problemas de comportamento são comuns e revelam-se verbalmente por meio de questões inapropriadas, ou fisicamente, por meio de agressões corporais (alheias ou próprias).

Passivo

Aceita abordagens

Complacente

Responde verbalmente

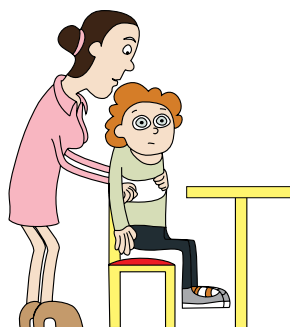


Figura B4 – Subgrupo do espectro do autismo conforme Lorna Wing

Estranho

Iniciam abordagem

Fala, mas com alterações

Problemas de comportamento

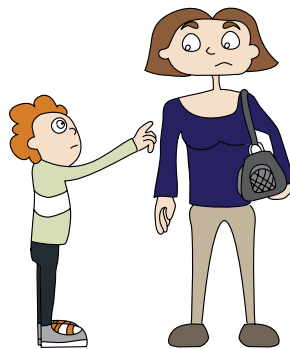


Figura B5 – Subgrupo do espectro do autismo conforme Lorna Wing

O que causa o autismo?

Os fatores genéticos desempenham um papel fundamental na etiologia do autismo. Estudos com bebês gêmeos **MONOZIGÓTICOS E DIZIGÓTICOS** mostram que, caso um dos gêmeos monozigóticos apresente autismo, ou outro tem entre 60 e 90% de chances de ter autismo também. Já quando um dos gêmeos dizigóticos tem autismo, o outro teria entre 0 e 23% de chances de também ter autismo. A chance aumentada de autismo entre os irmãos quando os genes são os mesmos (monozigóticos) evidencia a forte influência genética do autismo.

Porém essas chances não chegam a ser de 100% porque o autismo não poderia ser explicado simplesmente pela genética, acrescentando influências do ambiente como necessárias para a manifestação dele.

Embora tenham sido identificados genes potencialmente envolvidos na genética do autismo, o mecanismo para a expressão da síndrome é complexo e ainda desconhecido.

Dentre as causas derivadas do ambiente que estão associadas ao autismo, podemos citar doenças infecciosas (ex.: rubéola, toxoplasmose, sífilis, varicela, caxumba, herpes) e metabólicas (ex.: Fenilcetonúria).

Curso das características do autismo ao longo da vida

As descrições dos pais de pessoas com autismo sobre possíveis alterações no **DESENVOLVIMENTO PRECOCE** dos filhos (por exemplo, muito agitados ou, ao contrário, muito passivos) apontam para anormalidades presentes desde o nascimento. Porém, evidências sobre alterações no primeiro semestre de vida têm se mostrado contraditórias.

O mesmo parece não ocorrer em relação ao segundo semestre, em especial após os nove meses de vida, em que a criança inicia uma busca ativa por um compartilhamento de experiências com outros (Bosa, 2005). Nessa fase do desenvolvimento, parece haver uma tendência das crianças autistas, quando comparadas a outras sem problemas de desenvolvimento, em apresentar menos contato olho-no-olho, sorriso e orientação para a face, balbúcio e em responder ao ser chamado pelo nome. Ainda no segundo semestre, é comum a criança com autismo ter dificuldade em “aninhar-se” no colo de adultos, adotando uma postura rígida e desconfortável, ainda que este comportamento não seja identificado por todos os pais. Por exemplo, o **ESTUDO DE SANINI ET AL. (2008)** mostrou que as crianças com autismo foram capazes de demonstrar comportamentos de apego a suas mães, da mesma forma que o grupo controle (crianças com síndrome de Down e com desenvolvimento típico). Pode também exibir hipo ou hiper reatividade a estímulos sensoriais (táteis, visuais, auditivos) e anormalidades no desenvolvimento motor (andar sem engatinhar).

az GLOSSÁRIO

Monozigóticos e Dizigóticos:

Enquanto os Gêmeos monozigóticos são gerados a partir de um só óvulo, fecundado por dois espermatozóides, os gêmeos dizigóticos são gerados a partir de dois óvulos fecundados por dois espermatozóides. A diferença é que os monozigóticos repartem a mesma carga genética (gêmeos idênticos) e os dizigóticos são geneticamente diferentes entre si, assim como sua aparência.

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a **identificação precoce do autismo**, consultar texto no endereço: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a10v15n1.pdf>

SAIBA MAIS

Este **estudo de Sanini** encontra-se no link: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722008000100008&script=sci_arttext

Entre o segundo e terceiro ano a criança pode mostrar-se refratária a estímulos sociais, dirigindo-se diretamente aos objetos do seu interesse sem a consulta ou solicitação de ajuda de adultos. Estimulações sensoriais como o ranger de dentes, arranhar ou esfregar superfícies, fitar fixamente detalhes visuais, as próprias mãos em movimento ou objetos com movimentos circulares são comuns nessa idade. Particularidades motoras também podem estar presentes, como andar na ponta dos pés, estereotípias envolvendo membros superiores (flapping, rocking) ou movimentos complexos do corpo (girar em torno de si).

Entre o quarto e quinto ano, a linguagem pode encontrar-se ausente, limitada ou com características típicas (ecolalia, inversão pronominal, anomalias no ritmo ou tom do discurso). A atividade lúdica é caracterizada por imaginação e fantasia limitadas, dificultando a integração da criança em jogos sociais com pares. Próximo ao final do quinto ano, há uma tendência à diminuição da intensidade das características apresentadas anteriormente, como um retorno do interesse pelo uso da fala e comunicação interpessoal.

Na adolescência os sintomas podem tornar-se menos evidentes. Há uma tendência à diminuição da motivação e uma melhora da resposta a estímulos sensoriais, assemelhando-se a casos de deficiência mental. As mudanças no organismo, provocadas pela maturação biológica típica dessa fase do desenvolvimento, podem acarretar alterações de humor, agitação, impulsividade e hiperatividade.

Embora muitas características clínicas melhorem durante o desenvolvimento da criança (ex.: isolamento, aspectos cognitivos, linguagem), outros podem permanecer com algum grau de comprometimento por toda a vida, como a sociabilidade. Estudos de seguimento mostram que apenas uma pequena parte dos indivíduos adultos com autismo consegue trabalhar, viver independentemente ou desenvolver relações interpessoais. A maior parte encontra trabalho somente se contar com o apoio da família, vive com dependência direta, com auxílio de provisões locais e depende continuamente de assistência por parte de familiares, escolas e outros sistemas de suporte. Contudo, programas de intervenção precoce podem promover avanços importantes nas áreas de independência e atividades de vida diária, contribuindo para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos e de suas famílias.

Em função da grande heterogeneidade do autismo, a manifestação das características pode variar enormemente em intensidade e qualidade de uma criança para outra. Enquanto as alterações sensoriais e motoras tendem a se mostrar mais proeminentes na idade pré-escolar, o comprometimento nas áreas do relacionamento, comunicação e linguagem parecem ser mais estáveis ao longo de toda a vida (Facion Et. Al. , 2002).

Prognóstico

O prognóstico está relacionado a alguns aspectos importantes do funcionamento social e geral da criança, como o nível cognitivo (mais limitante para crianças com deficiência mental), o grau de prejuízo da linguagem (presença ou não de linguagem funcional até a idade de aproximadamente cinco anos), e o desenvolvimento de habilidades adaptativas, como as atividades de vida diária e de autocuidado. Além disso, a existência de outras condições médicas concomitantes ao autismo também podem exercer impacto no desenvolvimento futuro do sujeito.

Diferenças do autismo para outras condições similares

Dentro dos diagnósticos presentes dentro da categoria dos TGDs, o autismo diferencia-se de outros por algumas razões, descritas abaixo.

O Transtorno de Rett, por exemplo, difere do Autismo em sua proporção característica entre os sexos, ou seja, Rett ocorre apenas no sexo feminino, ao passo que o Autismo acomete muito mais freqüentemente o sexo masculino. Além disso, no Transtorno de Rett há uma desaceleração do crescimento craniano, perda de habilidades manuais voluntárias adquiridas anteriormente e o aparecimento de marcha pouco coordenada ou movimentos do tronco, o que não ocorre no autismo.

Rett e Autismo pode assemelhar-se durante os anos pré-escolares, quando pessoas com Transtorno de Rett podem exibir dificuldades na interação social parecidas com aquelas observadas no Autismo, mas essas tendem a ser temporárias.

O Autista difere do Transtorno Desintegrativo da Infância porque este segundo apresenta pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal. No Transtorno Autista, as anormalidades do desenvolvimento geralmente são percebidas já no primeiro ano de vida.

Já a Síndrome de Asperger pode ser diferenciada do Autismo porque o Asperger não apresenta atraso no desenvolvimento da linguagem.

Intervenções para crianças com autismo

Intervenções para o autismo envolvem a ação coordenada de vários profissionais, numa abordagem transdisciplinar. O autismo é transtorno amplo, necessitando intervenções de diferentes áreas do conhecimento que incluam todos os comprometimentos da criança, mas que, sobretudo, focalizem as suas potencialidades.

É importante lembrar que o autismo geralmente não compromete todas as áreas do desenvolvimento da criança, e muitos comportamentos disfuncionais tendem a ser mantidos por circunstâncias do ambiente, variando ao longo do tempo. Portanto, parece não existir um tratamento único que dê conta das diferentes

demandas em casos de autismo, mas tratamentos que podem ser úteis para determinada criança em um determinado período do desenvolvimento e contexto da vida familiar.

A intervenção a ser utilizada no tratamento do autismo deve ser selecionada com base na avaliação do perfil que a criança apresenta naquele momento, com base nos pontos fortes e fracos das áreas social, comportamental e de linguagem.

Os programas de tratamento para autismo geralmente incluem como alvos básicos comuns o desenvolvimento social e cognitivo, aprendizagem e resolução de problemas, habilidades de comunicação verbal e não-verbal, redução de comportamentos disfuncionais e apoio às famílias. As abordagens mais utilizadas para atingir essas metas têm sido as intervenções psicoeducacionais.

As intervenções psicoeducacionais têm como foco o desenvolvimento daqueles comportamentos que as crianças típicas aprendem “naturalmente”, mas que necessitam um ensino especial. Os princípios de ensino estruturado são utilizados principalmente pelo programa TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* – Tratamento e Educação de crianças com autismo e dificuldades de comunicação), partindo da idéia de que crianças e jovens com autismo têm um perfil cognitivo diferenciado e necessitam de estratégias educativas especializadas. A ênfase na organização e estrutura do ambiente prevê a criação de rotinas de trabalho, uso de “pistas” visuais e instrumentos de apoio que são organizados sistematicamente para facilitar a compreensão e promover a autonomia da criança.

As atividades terapêuticas e educacionais fazem parte de um planejamento individualizado e são adaptadas de acordo com o nível de desenvolvimento e as habilidades prévias do aluno, avaliado através de instrumentos próprios como o PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado).

As estratégias comportamentais e cognitivas do programa de ensino incluem a divisão de atividades complexas em unidades menores, passíveis de serem treinadas passo a passo e posteriormente generalizadas para outros ambientes naturais. Algumas dessas atividades podem ser ensinadas aos pais, que atuam como co-terapeutas, intensificando o tratamento na ausência do terapeuta.

Outra forma de intervenção utilizada no autismo é a ABA (do inglês *Applied Behavior Analysis*), conhecida no Brasil como Análise Aplicada do Comportamento. Esta abordagem tem contribuído positivamente para o ensino de crianças com autismo, especialmente na redução ou extinção de comportamentos.

A partir das teorias de aprendizagem social, entende-se que os comportamentos dessas crianças dependem de suas consequên-

cias, logo, são mantidos por relações de contingência e passíveis de modificação. Muitos dos comportamentos disfuncionais exibidos por crianças com autismo são mantidos por suas conseqüências. Por exemplo, crianças que fazem uso de gritos ou auto-agressões como forma de obter atenção geralmente a conseguem, mesmo que a atenção dispensada ocorra sob a forma de repreensões. Dessa forma, estabelecem-se relações de contingência que reforçam e mantêm muitos desses comportamentos. As técnicas de modificação de comportamento propõem-se a alterar esse quadro, retirando os reforços contingentes a comportamentos disfuncionais e passando a reforçar apenas os comportamentos-alvo mais adaptativos.

Os princípios de reforçamento, derivados do ABA, podem integrar o tratamento no autismo através de outras técnicas aplicadas, tal como a Comunicação Facilitada. O PECS (*Picture Exchange Communication System*, ou Sistema de Comunicação por Troca de Figuras) tem como objetivo ensinar a criança a se comunicar através de trocas de figuras, facilitando ao sujeito expressar seus desejos e necessidades em um contexto social de interação.

As figuras, comumente dispostas em cartões, são utilizadas como formas de pedidos, substituindo algo que o sujeito deseja. O reforço subsequente faz com que o comportamento de utilizar os cartões seja instalado, ampliando o repertório comportamental da criança e servindo de instrumento de comunicação, quando a criança não possui o comportamento verbal necessário para interagir com o ambiente. Para tanto, é necessário que a criança possua as habilidades necessárias para seu uso, como discriminação visual e habilidade de combinar figuras com objetos que o representam.

O Programa Son-Rise (SRP), também conhecido como *Option Method* no Reino Unido, foi desenvolvido nos Estados Unidos na década de 1970. O SRP foi originalmente desenvolvido como intervenção para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), mas atualmente vem sendo utilizado com crianças e adultos com diversas necessidades especiais (Kaufman, 1994).

O SRP surgiu em meio à necessidade de informações e tratamento adequado para um portador de autismo de sua época (início da década de 70). Após diagnóstico de autismo de grau severo e um QI abaixo de 40 de Raun Kaufman (Kaufman, 1976), os pais, Barry e Samahria Kaufman, decidiram experimentar outras perspectivas de tratamento e de concepções. Entenderam que, naquele momento, as possibilidades de tratamento disponíveis não atendiam suas demandas. A partir de então, desenvolveram um programa em casa, com base no desenvolvimento das habilidades sociais, relatando aos poucos, com prática intensiva e experimentação intuitiva e amorosa, resultados positivos no desenvolvimento de seu filho, num período de três anos e meio.

Aos moldes do primeiro programa, em 1970, o *Autism Treatment Center of America* (que é um centro de excelência internacional de apoio ao autismo) vem utilizando o SRP com famílias desde 1983 de forma a atender esta necessidade.

O SRP é implementado pelos pais, que transformam um cômodo de suas casas para ser o “quarto de brincar”, adaptando-o estrategicamente para minimizar distrações na realização de um trabalho um-a-um. O ambiente físico é um pilar do programa, pois parte do princípio de valorizar a organização e a previsibilidade para a pessoa com autismo. Os estímulos visuais de cores e figuras, bem como os auditivos e os variados odores são evitados ao máximo, procurando uma neutralidade e tranquilidade no ambiente. Esses procedimentos visam dar um maior senso de controle por parte da criança, organizando os estímulos

O facilitador ocupa uma posição privilegiada de atenção com a criança, sem precisar competir com outros estímulos. O quarto de brincar, como uma peça inserida na casa dos pais, também propicia maior aceitação da criança, sendo um lugar já bem conhecido, onde não haverá mudanças bruscas contínuas.

O quarto como extensão do restante da casa, também visa a facilitar a aplicação do SRP em todos os momentos e eventos do dia. Sendo a estimulação e as brincadeiras mais intensas por não sofrerem interrupções, como por exemplo, os deslocamentos. Brinquedos eletrônicos e semelhantes não são usados no quarto de brincar. Ao invés disso, dá-se prioridade para os brinquedos que necessitem da participação do facilitador como apoio nas atividades.

UNIDADE C AUTISMO E FAMÍLIA

A presença de um sujeito com autismo na **FAMÍLIA** tende a causar um impacto importante em todos os seus membros, incluindo pais, irmãos e até avós e tios.

Uma grande variedade de sentimentos é vivenciada por essas famílias, sendo que cada uma apresenta recursos e dificuldades diferentes para enfrentar esse desafio. Porém, independentemente da organização de cada família, a presença de uma pessoa com autismo exige um processo de “desconstrução” do plano de vida anterior e adaptação à nova realidade.

A presença de um indivíduo portador de deficiência implica, invariavelmente, para sua família, além da decepção inicial (porque ninguém esperava um filho com alguma deficiência), uma série de situações críticas, geralmente acompanhadas de sentimentos e emoções difíceis de serem enfrentados. Este é sem dúvida um momento muito sofrido, pois a família precisa reajustar suas expectativas e planos para essa nova e desconcertante realidade.

Esse processo de adaptação conduzirá a família por fases nas quais as reações emocionais tendem a ser razoavelmente previsíveis, seguindo o presente curso.

SAIBA MAIS

Rosana Glat, Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, apresenta algumas idéias interessantes sobre **família** e deficiência no texto publicado na Revista Brasileira de Educação Especial. Siga o link: http://www.maria.unesp.br/abpee/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista4numero1pdf/r4_art09.pdf

SAIBA MAIS

Para aprofundar o estudo da família de pessoas com deficiência, leia o texto em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S0104-12822006000100008&script=sci_arttext&tlng=pt

FASE	REAÇÕES ESPERADAS
1. Choque	Envolve sentimentos de grande tristeza, sensação de impotência e um desejo intenso de fugir da realidade. A ansiedade aumenta muito e a família pode ficar “paralisada” por não saber como agir.
2. Negação	Os pais tentam não admitir (inconscientemente) que seu filho possua alguma deficiência. No caso do autismo, em que a criança não apresenta uma deficiência “visível” (não tem aparência sindrômica), essa fase pode ser experienciada ainda com maior intensidade, negando ainda mais a deficiência do filho.
3. Tristeza	Marcada por um misto de sentimentos de tristeza, cólera e ansiedade. Neste momento, é comum a família manifestar tais sentimentos através de conversas agressivas com aqueles que acompanham seus filhos, tal como educadores especiais, psicólogos ou médicos, procurando delegar a “culpa” a eles.
4. Equilíbrio	Aqui os conflitos tendem a diminuir gradualmente, minimizando a intensidade da ansiedade e das reações emocionais mais “negativas”, iniciando um caminho de ajustamento. A família começa a procurar ajuda para lidar com o problema.
5. Reorganização	Os pais lidam diretamente com as responsabilidades pelos problemas e dificuldades de seus filhos. A tendência é o casal desenvolver o apoio mútuo e a aceitação da criança de forma mais positiva. Caso isso não ocorra, a relação é rompida por não superação das dificuldades e continuidade da culpabilização entre o casal.

Tabela C1 – Fases da família com autismo

É importante salientar que estas fases da família não ocorrem necessariamente de forma cronologicamente linear, na seqüência tal como apresentada acima. Trata-se de um processo cíclico, ou seja, pais que chegaram à fase de equilíbrio e reorganização não permanecem estáveis definitivamente, mas suscetíveis às mudanças transacionais do ciclo de vida familiar. Diferentes demandas ocorrerão em diferentes períodos (por exemplo, ingresso na escola ou ajuste a uma nova medicação), conseqüentemente, havendo a necessidade de novos ajustes, ocasionando possíveis regressões entre as fases.

Dentre as diversas tarefas que a família de uma pessoa com autismo enfrenta, o **ESTUDO DE SCHMIDT, DALBOSCO E BOSA (2005)** mostra que os problemas de comportamento do filho é identificado por suas mães como estando entre as maiores dificuldades para lidarem com o filho (63,4%), seguido das dificuldades com atividades de vida diária como vestir-se, fazer a higiene e sair sozinho (26,8%) e dificuldades de comunicação, como fazer amigos (7%).

Outro estudo sobre o impacto do autismo na família analisou qualitativamente o conteúdo de relatos maternos e destacou as principais dificuldades familiares para lidar com o filho. Os relatos referem os problemas de comportamento dos filhos como algo difícil de prever e lidar, contribuindo para uma condição de estresse na família inteira, mas especialmente sobre as mães.

O estudo relata ainda que os altos níveis de estresse encontrados nas mães de pessoas com autismo encontram-se relacionados a fatores como o excesso de demanda de cuidados diretos do filho (alimentação, consultas médicas, vestir, medicação, etc), isolamento social e escassez de apoio social. Além disso, o alto nível de dependência de apoio da família e a carência de outras provisões de apoio geram intensos sentimentos de insegurança, ansiedade e temores frente à condição futura da pessoa com autismo, afetando a família como um todo (**SCHMIDT, 2004**).

Essas características, típicas do autismo, funcionam como um estressor de impacto intenso nos pais, mas também afetando indiretamente os irmãos.

Um estudo realizado por Gomes, Zanchetin e Bosa (2004) investigou o impacto do autismo nos irmãos. Os resultados mostram que sentimentos como raiva, pena, choque e vergonha estão presentes nas relações fraternas e são gerados, entre outros, por fatores tais como os problemas de comportamento do irmão.

Por outro lado, este mesmo estudo também relatou a presença de sentimentos de bem-estar relacionados ao convívio com o irmão com autismo, manifestados pelo prazer nos cuidados e na

 SAIBA MAIS

Este estudo encontra-se integralmente no link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100016

 SAIBA MAIS

Este conteúdo é parte da dissertação de mestrado do Prof. Carlo Schmidt e que pode ser acessado na íntegra pelo link: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6956/000449569.pdf?sequence=1>

realização de atividades em conjunto e pela aceitação da própria condição do irmão. Portanto, o impacto do autismo nos irmãos parece se diferenciar conforme cada família.

Os **IRMÃOS DE INDIVÍDUOS COM AUTISMO** também tendem a apresentar maior idealismo e preocupações humanitárias referentes aos seus objetivos de vida, talvez por terem convivido com as “diferenças humanas” desde muito cedo.

 SAIBA MAIS

Leia o estudo que investigou o estresse e a qualidade das relações familiares em irmãos de pessoas com autismo no link <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a18v09n3.pdf>