



Faculdade de Ciências da Saúde e Educação – Faces
Curso de Psicologia

Autismo Infantil e as Técnicas Psicoeducacionais

Aline de Oliveira Santos

Brasília
Julho de 2009

Aline de Oliveira Santos

Autismo Infantil e as Técnicas Psicoeducacionais

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de Psicólogo da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Professora orientadora: Izane Nogueira de Menezes.

Brasília
Julho de 2009



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – Faces
Curso de Psicologia

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof: .Msc. Izane Nogueira de Menezes
Orientadora

Prof. Claudia May Philippi
Examinadora

Prof. Msc. Ana Karina Curado Rangel de Farias
Examinadora

A Menção Final obtida foi:

Brasília
Julho de 2009

Dedico esse trabalho a Lúcia Helena Vasconcelos Freire, psicóloga clínica que ao longo desses 5 anos me ensinou o verdadeiro significado de ser psicóloga e me proporcionou a experiência mais maravilhosa de toda a minha vida, a de conhecer e trabalhar com crianças tão lindas e surpreendentes.

“Não há palavras no dicionário deles, mas a linguagem universal do amor também é não verbal. Para se expressar através dela, há os gestos, a expressão corporal, a vibração sutil, invisível da emoção, da solidariedade, da paciência, da aceitação da pessoa como ela é e não como queremos que ela seja. É de se presumir que eles estejam fazendo tudo o que lhes seja possível, dentro de suas limitações. Com um pouco de boa vontade de nossa parte, talvez concordem em tocar a mão que estejamos oferecendo a fim de saltarem o abismo que nos separa...”(Schwartzman, 1995 p. 45).

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que me concedeu saúde e determinação para realizar este trabalho.

A meus pais Edinilson e Edilce que me educaram com dignidade e amor.

Ao meu noivo Diogo, pela paciência e companheirismo durante esse período tão importante de minha vida.

As minhas queridas amigas Danielle de Oliveira, Janaína Fabíola e Janaína Egler, pelas trocas de afeto e incentivo durante o processo.

A todos as crianças, pais e profissionais que me enriqueceram com valiosos ensinamentos, os quais pavimentaram a árdua travessia acadêmica.

Gostaria de prestar especial agradecimento a minha orientadora Izane, que acolheu o tema proposto com incentivos, me orientando com competência e dedicação até a conclusão deste trabalho.

Resumo

O autismo é um transtorno do desenvolvimento diagnosticado na infância como desordem do comportamento. Os indivíduos autistas apresentam *déficits* específicos em três áreas: imaginação, socialização e comunicação. Essa tríade é caracterizada por um padrão de comportamento restrito e repetitivo. A presente monografia abordará as técnicas psicoeducacionais que buscam propiciar às crianças autistas a aquisição de habilidades básicas, por exemplo, o controle esfinteriano, o autocuidado, a alimentação, a comunicação, entre outros. Com o uso da terapêutica adequada, o autista pode obter ganhos significativos em seu repertório comportamental e, conseqüentemente, se tornar hábil para aprendizagens mais complexas como os conteúdos acadêmicos. Inicialmente, será feito um panorama histórico do conceito de autismo, desde as primeiras terminologias até as mais atuais, posteriormente será discutida a importância do diagnóstico precoce e, por fim, serão abordados os três métodos psicoeducacionais mais usados no tratamento do autismo.

Palavras-chaves: autismo infantil, métodos psicoeducacionais, diagnóstico.

A experiência de ser pai ou mãe pode ser um marco na vida de um ser humano, esse momento é pontuado por muita ansiedade e expectativas, pois o nascimento de um filho faz os pais reviverem sua própria infância, fantasias e planos. Desta forma, ao nascer um lindo bebê, com aparência perfeita, os pais logo se tranquilizam, pois jamais imaginarão que um ser tão belo e perfeito poderá ter problemas. Mas, no decorrer dos meses, esse bebê chora insistentemente ou não se mexe de maneira alguma. Não se aninha no colo, não demonstra interesse pelas pessoas, não olha nos olhos, muito pelo contrário tem um olhar “vazio”, causando grande preocupação e frustração nesses pais. Afinal, qual pai espera ter um filho “doente”?

A parti daí uma grande maratona vai começar, levar ao pediatra, neurologista, psicólogo, e, por fim, o diagnóstico de autismo infantil. É natural que o momento do diagnóstico seja doloroso, pois é nesse momento que os pais se dão conta que estão perdendo parte dos seus sonhos e planos para esse filho.

O termo autismo foi utilizado pela primeira vez por Plouller, em 1906 (citado por Gauderer, 1997). Desde então o autismo vem sendo atualizado no que se refere a critérios de definição, diagnóstico e tratamento. O autismo é um transtorno diagnosticado na infância como desordem do comportamento e ainda não tem etiologia definida pela ciência. As hipóteses relacionadas à causa desta doença têm suas bases envolvendo áreas como genética, imunologia e neuroanatomia.

Atualmente, de acordo com o Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (2002), o autismo infantil está classificado no subgrupo denominado “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento”. Os sintomas característicos do autismo são desvio qualitativo no relacionamento social, estereotípias comportamentais que são

percebidas pela repetição de movimentos, bem como falta de interação da comunicação e linguagem.

Mesmo o autismo sendo pesquisado há quase seis décadas, ainda apresenta muita controvérsia quanto à sua etiologia devido à gravidade de sintomas e a forma global que atinge o desenvolvimento da criança.

O diagnóstico é feito principalmente por meio de avaliação clínica da criança, pois não há exames laboratoriais. Quanto mais precoce for o diagnóstico, maior é a probabilidade de preservar as habilidades comunicativas e de interação, pois logo pode-se iniciar a intervenção educacional especializada.

Contudo, é fundamental realizar uma avaliação detalhada em todas as áreas de desenvolvimento da criança, em seus diversos contextos, a partir de diferentes instrumentos e profissionais, os quais permitirão um atendimento oportuno e precoce com respeito ao apoio da família da criança e dela mesma.

Os tratamentos que têm apresentado maior eficácia no autismo infantil são os que usam pressupostos comportamentais, visto que a Análise Comportamental busca realizar uma análise detalhada dos comportamentos da criança, manejando as contingências que promovem condutas adaptativas e diminuindo as negativas.

Há casos em que o tratamento terapêutico tem que ser associado ao medicamentoso, pois a criança pode apresentar transtornos do sono, auto e hetero agressividade entre outras patologias.

Ao revisar o escasso material que existe no Brasil a respeito da intervenção psicoeducacional com crianças autistas, tanto em monografias como em artigos científicos, a autora realizou uma pesquisa bibliográfica aliada à sua prática como estagiária para apresentar a utilidade e a aplicabilidade dos métodos psicoeducacionais no tratamento de crianças com

autismo. Buscou, também, ressaltar as contribuições da Análise do Comportamento no uso de tais métodos.

No primeiro capítulo, será feito um panorama histórico do conceito de autismo, desde as primeiras terminologias até os dias atuais. Apontará os comportamentos característicos do autismo, a incidência e as diversas formas de tratamento. Enquanto no segundo capítulo, serão abordados os principais critérios diagnósticos utilizados na detecção do autismo infantil, bem como a importância do diagnóstico precoce. No terceiro capítulo, serão apontados os métodos psicoeducacionais que são uma opção de tratamento do autismo. E para finalizar esse capítulo, a autora fará uma reflexão sobre o perfil do terapeuta que aplica tais métodos.

Portanto, o objetivo do presente trabalho é descrever as especificidades do transtorno autista, determinar a importância do diagnóstico precoce, bem como apontar os métodos psicoeducacionais mais utilizados no tratamento do autismo infantil.

1 – Autismo Infantil

O termo autismo foi utilizado pela primeira vez em 1906, por Plouller que o empregou como sendo sinônimo de psicose (Gauderer, 1997).

Posteriormente, em 1911, Bleuler, para descrever o pensamento egocêntrico, característica particular do sujeito esquizofrênico, utilizou-se do termo autismo para explicar essa peculiaridade. A limitação das relações do Eu com o mundo externo foi definida por Bleuler como “barreira” autística, ou seja, o acentuado interesse do mundo interior em detrimento do exterior resulta na criação de um mundo próprio, em que não se pode ter acesso, dificultando ou impossibilitando a comunicação (Cavalcanti & Rocha, 2001).

O autismo foi descrito pela primeira vez em 1943, pelo Doutor Leo Kanner, médico austríaco, residente em Baltimore, nos EUA (Mello, 2001). Em seu celebre artigo “Autistic Disturbances of Affective Contact” (Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo), forneceu uma descrição clara e abrangente da síndrome da primeira infância. Ele descreveu o caso de 11 crianças que apresentavam um alheamento extremo já no início de suas vidas, não respondendo aos estímulos externos, demonstrando inaptidão para assumir uma postura antecipatória, prodigiosa memória de repetição, limitação na variedade de atividades espontâneas, estereotípias e maneirismos, desejos obsessivos por rotinas, relações anormais com outras pessoas e objetos inanimados, além de desordem no desenvolvimento da linguagem, ecolalia e inversão pronominal (usar “você” ao invés de “eu”). Kanner desconfiava que a síndrome fosse mais freqüente do que parecia e sugeriu que algumas dessas crianças eram confundidas com crianças com retardo mental ou esquizofrenia (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Embora Kanner tenham descrito o autismo na década de 40, muitos dos sintomas descritos por ele são até hoje considerados válidos para o diagnóstico de autismo. Os principais

são falta de interesse por relações humanas tanto afetivas como verbais. Desta forma, a criança autista tem uma incapacidade de manter relações interpessoais, não conseguindo iniciar ou manter o chamado contato “olho no olho”, a comunicação pode ser restrita, ou seja, o uso da linguagem é falho. Os padrões de comportamento são rígidos, repetitivos e estereotipados, isto é, precisa de manutenção de rotinas e rituais (Gauderer, 1997).

Além desses sintomas específicos, a criança pode apresentar outros problemas não tão pontuais, como fobias, sensibilidade à luz, som ou texturas, alterações no sono e na alimentação, ataque de birras ou agressão.

Em 1944, Hans Asperger, também médico austríaco, escreveu um outro artigo intitulado “Psicopatologia Autística da Infância”, descrevendo crianças bastante semelhantes às descritas por Kanner. Entretanto, não atribuiu a essa patologia um cunho emocional, mas orgânico (Mello, 2001). As descrições de Asperger foram mais amplas que as de Kanner, pois ressaltaram características que não foram citadas por Kanner, além de incluir casos envolvendo comprometimento orgânico. Ele caracterizou um grupo de crianças com retardo no desenvolvimento, sem outras características associadas ao retardo mental, e deu o nome “psicopatia autística” a esse quadro. Asperger, ao contrário de Kanner, tinha um prognóstico mais otimista para seus pacientes, já que acreditava que eles responderiam melhor ao tratamento, provavelmente porque os paciente descritos por ele apresentavam um rendimento superior ao daqueles descritos por Kanner (Bosa, 2002).

Em 1947, Bender utilizou o termo esquizofrenia infantil, pois considerava o autismo como a forma mais precoce da esquizofrenia. Isto é, na infância, tais características eram consideradas como autismo e, na idade adulta, eram consideradas como esquizofrenia. Rank, em 1949, descreveu como “Síndrome Atípica da Criança” aquelas que tinham um desenvolvimento

anormal do ego. Entretanto, essa denominação passou a ser usada para descrever pacientes com sintomas não tão graves (Gauderer, 1993).

Margareth Mahler, psicanalista de origem judaica, em 1952, empregou o termo psicose simbiótica, acreditando que a causa da doença era devida ao relacionamento mãe e filho. Para Mahler, o bebê normal tende a se relacionar com a mãe de maneira simbiótica, ou seja, não há distanciamento entre os dois até determinado período, ao contrário do bebê autista que tende a ser mais distante da mãe (Cavalcanti & Rocha, 2001).

Em seguida, em 1956, Bender retoma seus estudos sobre autismo e utiliza o termo pseudo-retardo ou pseudodeficiente em uma tentativa de diagnóstico diferencial entre retardo mental e autismo (Gauderer, 1997). Bender verificou que a maioria das crianças autistas tinha um retardo mental e, por isso, não conseguiam desenvolver atividades de acordo com a sua idade e apresentavam uma linguagem deficitária. Ao analisar esse conceito, coloca-se em discussão se essas crianças, ao invés de serem rotuladas por possuírem tais dificuldades, não teriam essas dificuldades por falta de estímulo na infância ou por conta da inexatidão do termo. Desta forma, percebe-se que as dúvidas e os questionamentos dos autores até então citados mostra que, na tentativa de encontrar um conceito próprio para o autismo, incorrem muitas vezes a um diagnóstico impreciso.

Em 1976, Ritvo propõe as primeiras alterações da concepção do termo autismo. Ele considera a síndrome autística como uma desordem do desenvolvimento, causada por uma patologia do sistema nervoso central, ou seja, relaciona o autismo a um *déficit* cognitivo, considerando-o não uma psicose e sim um distúrbio do desenvolvimento (Schwartzman & Assumpção Jr, 1995).

Wing, em 1979, afirmou que indivíduos com autismo apresentam *déficits* específicos em três áreas: imaginação, socialização e comunicação, o que ficou conhecido por “Tríade de Wing”

ou Tríade do comprometimento social. Wing fez essa afirmativa baseada nos comportamentos emitidos pela maior parte dessas crianças, como não entender metáfora, não conseguir interpretar situações e emoções; não buscar contato com outras pessoas desde idade bastante precoce, não demonstrar comportamento antecipatório (estender os braços para ser pego) e apresentar linguagem comprometida, seja por ecolalia, inversão pronominal ou ausência de fala. De acordo com ela, a Tríade é caracterizada por um padrão de comportamento restrito e repetitivo, mas com condições de inteligência que podem variar do retardo mental a níveis acima da média (Mello, 2001).

É importante ressaltar que mesmo aquelas crianças que possuem inteligência acima da média, não estão isentas dos sintomas clássicos do transtorno autístico, estas apresentam, mesmo que em grau leve, defasagem na comunicação, socialização e imaginação.

Outros autores, como Burack (1992, citado por Assumpção Jr & Pimentel, 2000), estudam o autismo sob uma ótica desenvolvimentista e defendem a idéia que cerca 70-86% dos autistas tem deficiência mental associada ao transtorno.

Para Roazzi e Souza (2002), “Cognição pode ser entendida como uma iniciativa do indivíduo de se adaptar as circunstâncias, envolvendo além da habilidade de julgar, compreender e raciocinar bem, capacidades mentais primárias, tais como memorização, atenção, percepção, compreensão verbal, indução” (p. 33). Ambos concordam que a cognição tem sido, nos últimos tempos, um dos temas mais discutido da Psicologia desde o surgimento desta ciência há pouco mais de um século, e também um dos mais polêmicos, visto que ainda não há um consenso acerca do tema. Apesar de praticamente todos os teóricos sobre o assunto concordarem com o fato de a cognição ser um dos aspectos humanos, com influência crucial sobre o saber, a competência, a tomada de decisões, resolução de problemas e a aprendizagem, dentre outras coisas, ainda persistem muitas controvérsias em relação ao conceito.

A presente autora concorda que a deficiência mental e o autismo muitas vezes coexistem, mas questiona a estatística que enfatiza que 70-86% dos autistas tenham deficiência mental, visto que o conceito de *déficit* cognitivo e cognição são conceitos amplos, com variações tanto entre leigos quanto entre conhecedores do assunto. Há enormes diferenças entre os autores que abordam o tema cognição, uns buscam saber quais seriam os componentes básicos e atributos da cognição, enquanto outros focam na dinâmica no funcionamento e sua mensuração. Então, se os conceitos não estão bem definidos, como rotular uma quantidade tão grande de indivíduos? Por exemplo, o que é memorização? Adaptação biológica? Atenção? Como mensurar esses fatores em uma clientela que apresenta um desenvolvimento tão irregular? Por isso, o presente trabalho não analisará o conceito de cognição ou inteligência, mas sim, os comportamentos emitidos pelas crianças autistas. Para tal feito, apoiar-se-á nos preceitos da abordagem comportamental que busca fazer uma análise dos comportamentos emitidos pela criança, fugindo do mentalismo. De acordo com Baum (1994), o termo mentalismo foi utilizado por B. F. Skinner para se referir a uma explicação que não explica nada, ou seja, remetem-se às estruturas cerebrais sendo redundante e obstruem a investigação científica.

As definições de Ritvo (1976), juntamente com as de Kanner (1943) e Rutter (1967), formaram a base para os critérios diagnósticos do autismo nas duas principais classificações de transtornos mentais: a CID-9 (OMS, 1984) e o DSM-III-R (APA, 1980).

Antes de 1980, as crianças com qualquer um dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento eram classificadas como tendo um tipo de esquizofrenia infantil. Nesta década, aconteceu uma imensa modificação no conceito, sendo o autismo retirado da categoria de psicose no DSM-III, bem como no CID-10, passando a fazer parte dos transtornos globais do desenvolvimento. Assim, em 1980, o Transtorno Autista foi reconhecido dentro dos distúrbios globais de desenvolvimento das habilidades de comunicação verbal e não verbal e da atividade

imaginativa. Da mesma forma, a 10ª Classificação Internacional de Doenças Mentais – CID-10 (1993), enquadra o autismo na categoria de “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento”, tendo como principais características, acentuado *déficit* na interação social recíproca e nos padrões de comunicação e por repertório de interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas (Schwartzman & Assumpção Jr, 1995).

De acordo com o manual DSM-IV-TR o Transtorno Autista está classificado no subgrupo denominado “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento”. E tem a seguinte definição:

“As características essenciais do Transtorno Autista consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo. O transtorno autista é chamado, ocasionalmente de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner.” (APA, 2002, p. 99).

A incidência do autismo varia de acordo com o critério utilizado por cada autor, já que cada um assume uma definição para o termo que corresponde a um conjunto de critérios de diagnóstico diferente. No entanto, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a taxa média de prevalência do Transtorno Autista e estudos epidemiológicos é de 15 casos por 10.000 indivíduos, com relatos de taxas variando de dois a 20 casos por 10.000 indivíduos. O autismo atinge principalmente pessoas do sexo masculino, numa proporção de quatro homens autistas para uma mulher com o mesmo diagnóstico. Ainda não está claro se as taxas mais altas relatadas refletem diferenças de metodologia ou um aumento da frequência do transtorno.

Desta maneira, é possível perceber que não existe uma causa única para o autismo, e mesmo sendo estudado pela ciência há mais de seis décadas, ainda permanecem, contradições e muitas questões por responder.

2 - A importância do Diagnóstico Precoce

O diagnóstico de autismo é feito basicamente através da avaliação do quadro clínico da criança, pois ainda não existem exames laboratoriais específicos para a detecção do autismo. Porém, para que o diagnóstico seja completo, pressupõe-se uma avaliação psiquiátrica, neurológica e psicológica (Mello, 2001).

No primeiro momento, é importante que o diagnóstico de autismo seja feito por um profissional com formação médica e com ampla experiência clínica nesse transtorno. Visto que só o médico poderá solicitar exames para investigar outras doenças que têm causas identificáveis e que podem apresentar um quadro de autismo infantil, como síndrome do X-frágil, fenilcetonúria ou esclerose tuberosa. Posteriormente, a criança pode ser encaminhada a um psicólogo, para que inicie uma intervenção terapêutica e apoio familiar (Schwartzman & Assumpção Jr, 1995).

Desta forma, o diagnóstico diferencial faz-se necessário não só para definir melhor o autismo, como também para diagnosticar outras patologias que podem estar associadas, como o retardo mental, acidose láctica, deficiência auditiva, epilepsia, Síndrome de Down e síndromes de lesões orgânicas cerebrais (Gauderer, 1993).

É bom destacar que o autismo muitas vezes demora a ser diagnosticado em virtude do desconhecimento ou inexperiência dos profissionais da primeira infância, como pediatras, professores e até mesmo psicólogo. Uma situação muito comum entre os pais de crianças autistas é que, logo que percebem algo de errado com suas crianças, buscam auxílio médico, e ao relatar ao profissional os comportamentos da criança, recebem como resposta que os comportamentos apresentados pela criança, como distanciamento, recusa alimentar, birras ou choros compulsivos fazem parte da fase do desenvolvimento da criança. Por vezes, quando a criança está mais velha,

o profissional acredita que ela precisa de “limites”, uma vez que seu comportamento é apenas para chamar a atenção dos pais. Por isso, a importância de campanhas informativas que visem alertar os pais e profissionais da saúde dos sintomas do autismo, bem como disciplinas que abordem os transtornos do desenvolvimento nos cursos de graduação em pediatria, psicologia e pedagogia.

Para que ocorra o diagnóstico preciso do autismo, foram elaborados critérios, escalas, manuais e questionários que devem ser utilizados pelos profissionais que atuam com essa clientela.

O psicólogo comportamental utiliza o DSM-IV-R para embasar a avaliação diagnóstica ou avaliação comportamental que, segundo Hayes (1987, citado por Silvaes, 2000), “é a identificação e a medida de unidades significativas de resposta e de suas variáveis controladoras tanto ambientais quanto orgânicas, com a finalidade de entender e alterar o comportamento humano” (p. 16). Essa avaliação inclui uma entrevista inicial com os pais, observação direta da criança no consultório, visita domiciliar e visita à escola da criança, tudo isso com o intuito de observá-la em situações naturais e lúdicas. Esse levantamento de dados sobre a vida da criança é importante para que, posteriormente, o terapeuta faça a análise funcional e planeje a intervenção terapêutica.

Como citado anteriormente, os sistemas de diagnósticos mais utilizados para a classificação do autismo são a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, CID-10, e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças mentais da Academia Americana de Psiquiatria - DSM IV.

O DSM-IV-TR (APA, 2002), lista as características do indivíduo autista, da seguinte maneira: A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2), e (3), com pelo menos dois de (1), e um de cada de (2) e (3).:

(1) Comprometimento qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos: (a) comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não- verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social; (b) fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento; (c) ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p. ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesses); (d) ausência de reciprocidade social ou emocional. (2) Comprometimento qualitativo da comunicação, manifestado por pelo menos um dos seguintes aspectos: (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica); (b) em indivíduos com fala adequada, acentuando comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa; (c) uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática; (d) ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento. (3) Padrões restritos, repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes: (a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco; (b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos não- funcionais; (c) preocupação persistente com partes de objetos. B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos. C. A perturbação não é melhor explicada por Transtornos de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância (p. 103).

Os critérios utilizados pelo CID-10 (1993), para diagnosticar o autismo são caracterizados por:

“(a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos;
b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interação social, comunicação, comportamento repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo, fobias, perturbações do sono ou da alimentação, crises de birras ou auto-agressividade.” (pp. 246 - 247)

O Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R), é um instrumento de avaliação que pode auxiliar no diagnóstico da criança autista ou com transtorno da comunicação. Ele foi criado para definir padrões de aprendizagem irregular e idiossincráticos em crianças cuja faixa etária vai de um a 12 anos. O PEP-R, avalia áreas como coordenação motora ampla e fina, coordenação visomotora, percepção, imitação e comunicação verbal. Para avaliar essas áreas, foram criadas escalas específicas com tarefas a serem realizadas pelas crianças, para que a partir dos resultados da avaliação possa ser planejada uma intervenção psicoeducacional focada nas necessidades da criança (Leon & Bosa, 2005).

As descrições apresentadas por manuais (DSM e CID) têm como objetivo sintetizar as características principais do indivíduo autista, possibilitando que as diferentes áreas da saúde dialoguem. Mas, essa sistematização não pode limitar o diagnóstico do autismo, ao considerar os sintomas como sendo idênticos para todos os indivíduos. Windholz (1995, citado por Goulart & Assis, 2002) afirma que há “diferenças individuais entre as pessoas com autismo, quanto ao nível de desenvolvimento e habilidades aprendidas, problemas de conduta, prejuízos orgânicos. Seus ambientes familiares são distintos, tanto do ponto de vista socioeconômico e cultural, como

quanto a capacidade de seus membros enfrentarem o problema de ter um filho com autismo” (p. 179).

O Autismo pode manifestar-se desde os primeiros dias de vida. No entanto, é comum os pais relatarem que a criança passou por um período de normalidade anteriormente à manifestação dos sintomas (Mello, 2001).

Perceber os primeiros sintomas do autismo em um bebê muito novinho pode ser bastante difícil, pois os sintomas não são tão claros, muitas vezes são insidiosos e obscuros. Contudo, sabe-se que crianças com autismo desde muito cedo apresentam comportamentos diferentes dos bebês não autistas, por exemplo, alguns são muito passivos, quase não choram, mesmo com fome, e também permanecem alheios ao meio demonstrando pouco ou nenhum interesse pelos mantenedores. Outros se comportam de maneira completamente opostas. Choram continuamente e não apresentam satisfação ao serem pegos no colo. Ambos não apresentam atitudes antecipatórias, ou seja, não estendem os braços para serem pegos no colo, quando seus pais se aproximam. Diferente dos bebês normais que demonstram bastante receptividade ao serem pegos no colo e afagados (Rivière, 1993).

Enquanto o bebê é de colo, os sintomas podem ser mascarados, porém a partir dos 18 meses, os sintomas se tornam mais óbvios. Isso porque alguns comportamentos ficam mais evidentes, por exemplo, as crianças demonstram acentuado desinteresse pelas pessoas e pelo meio ambiente; movimentos repetitivos (balanceamentos das mãos, oscilações ou rotações), andam na ponta dos pés, tem fascinação por objetos giratórios; comumente apresentam dificuldades em aprender a controlar os esfíncteres e os hábitos de cuidados pessoais, como tomar banho, vestir-se e escovar os dentes. Estas crianças apresentam também peculiaridades na alimentação, selecionam o alimento pela textura ou pela cor. O problema da alimentação é bastante comum na criança autista e pode acontecer até idades mais avançadas, começando pela

sucção fraca logo após o nascimento, chegando até uma recusa de mastigar qualquer comida sólida depois do desmame. Após os 2 anos, os problemas na comunicação ficam mais acentuados, pois a criança já deveria estar falando. A partir daí, os pais notam um atraso na fala, a ausência de fala ou eventualmente a perda da fala já adquirida pela criança. Pode também surgir afasia contínua (impossibilidade de se expressar pela fala, escrita ou por sinais); utilização de padrões invulgares na fala, tais como repetir palavras e frases (ecolalia). Assim, seguem os problemas de controle esfinteriano, dos hábitos de higiene; a incapacidade para jogos e brincadeiras, e em casos mais graves, auto-agressão (Gauderer, 1993).

Tanto Wing (1997) quanto Facion (2002) concordam que os sintomas apresentados pelo autismo podem exibir muitas variações de uma criança para outra, pois as formas nas quais cada um dos sintomas se apresenta podem ser listadas da mais grave para a menos grave. Deve-se notar que as descrições referem-se a um contínuo e que, na prática, são encontradas todas as formas intermediárias possíveis. Assim, algumas crianças podem nem desenvolver a linguagem enquanto outros podem apresentá-la, porém, com alguns comprometimentos.

Embora as primeiras manifestações do autismo comecem a partir dos 3 anos de idade, é possível fazer um diagnóstico precoce. Tal diagnóstico traz várias vantagens e implicações importantes. Uma delas é a possibilidade de reduzir a faixa etária do diagnóstico para um ano, porém a mais importante é a imediata intervenção educacional especializada (Aiello, 2002, citado por Guilhardi & Bagaiolo, 2002). De acordo com Rivière (1993), a atividade educativa tem o objetivo de desenvolver ao máximo as potencialidades e competências, além de favorecer o equilíbrio pessoal e emocional do autista, e especialmente dar a ele a possibilidade de se aproximar do mundo humano e de relações significativas.

Bosa (2006) corrobora com os autores citados acima ao defender que o diagnóstico precoce, apesar de ainda ser muito raro, é de fundamental importância para o desenvolvimento

da criança, pois possibilita uma intervenção educacional imediata que protege a criança de perdas mais graves de habilidade.

Em referência ao tratamento para o autismo existem muitas abordagens. Por exemplo, psicoterapia individual, psicanálise, terapia familiar, análise do comportamento, educação especial, tratamentos medicamentosos (psicotrópicos, anticonvulsivantes, estimulantes cerebrais), dieta de glúten e caseína são alguns dos tratamentos utilizados (Gauderer, 1997).

O autismo é considerado um desafio para os profissionais de saúde devido à sua complexidade de sintomas e dificuldade de intervenção clínica, por isso, é bom enfatizar que não existe um tratamento totalmente eficaz para todas as crianças, ou seja, um tratamento pode funcionar bem por um período de tempo (infância) e não em outro (adolescência). Por isso, cabe ao profissional pontuar essa possibilidade para os pais, deixando-os livres para procurar outros tratamentos, quando aquele oferecido por ele já não tem tanta eficácia.

3 - Técnicas de Intervenção Psicoeducacional

Até pouco tempo atrás, as crianças que recebiam o diagnóstico de autismo eram consideradas intratáveis, pois pouco se conhecia sobre a síndrome. Por conta da diversidade e gravidade dos sintomas apresentados pelos autistas, tanto os profissionais como os pais acreditavam que eles eram inacessíveis. Atualmente, sabe-se que, com o tratamento adequado, as crianças com autismo podem desenvolver suas potencialidade e habilidades, mesmo que de forma diferente das demais crianças.

A presente autora a partir de sua experiência como estagiária pôde perceber que os tratamentos psicoeducacionais propiciam melhoras substanciais nos sintomas do autismo, pois combinam os princípios comportamentais com a educação especial, priorizando o ensino estruturado que, de acordo com Gauderer (1993), é de fundamental importância para a eficácia do tratamento da criança, uma vez que, o autista necessita de uma estrutura externa para aprimorar uma situação de aprendizagem, diferente das demais crianças que, à medida que vão se desenvolvendo, vão aprendendo a estruturar seu ambiente.

As técnicas educacionais mais usadas para a educação da pessoa com autismo são, o TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação), o PECS (Sistema de Comunicação Através da Troca de Figuras) e a ABA (Análise Aplicada do Comportamento). Estas técnicas proporcionam para o indivíduo com autismo a aquisição de habilidades da vida diária, o conjunto de atividades cotidianas como banhar-se, alimentar-se, vestir-se é conhecido como atividade de vida diária (AVD). Os métodos psicoeducacionais também proporcionam a organização do ambiente, alternativas de comunicação, melhora na interação social, e principalmente a possibilidade de diminuição dos

comportamentos inadequados como auto e hetero-agressividade, estereotípias, maneirismos, entre outros.

3.1. Método TEACCH

O método TEACCH foi validado em 1972, no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina na Universidade da Carolina do Norte – EUA. Ele foi o primeiro programa estadual nos EUA destinado ao atendimento de crianças autistas e com deficiência na comunicação. O TEACCH foi resultado de muitos estudos e pesquisas do Dr. Eric Schopler e colaboradores (Schopler, Mesibov, Shigley & Bashford, 1984, citado por Vataavuk, 1997).

Em 1967, Alpern desconfiou da tese de que as crianças com diagnóstico de autismo tinham bom potencial cognitivo e de que não poderiam ser testadas. Alpern comprovou por meio de suas investigações científicas que as crianças autistas eram testáveis, e que o desenvolvimento das mesmas além de apresentar retardado, era também desarmônico. Desta forma, revelou que em muitos casos estavam presentes dificuldades reais de aprendizagem e de comunicação que precisavam de uma atenção especial nas salas de aula (Marques & Mello, 2005).

A partir de então, o TEACCH foi implantado em salas especiais em muitas escolas públicas dos Estados Unidos. Para que ocorresse tal feito, tanto os professores das escolas públicas quanto os do Centro TEACCH da Carolina do Norte se dedicaram ao aprimoramento do método por meio de intercâmbio permanente entre a teoria do Centro e a prática nas salas de aula. É bom enfatizar que os pais das crianças autistas também se envolveram neste processo de desenvolvimento do programa em cada um dos três ambientes: casa, escola e comunidade. Os mesmos sempre foram incentivados a atuarem como co-terapeutas no tratamento de suas crianças (Vataavuk, 1997).

De acordo com Marques e Mello (2005), é fundamental para a eficácia do método a individualização dos programas e a participação da família. É significativa a diferença existente entre crianças com autismo que tem uma rotina familiar estruturada daquelas que têm atividade livre a domicílio, isto é, sem nenhuma rotina definida e acompanhada.

Para conhecer o indivíduo e suas necessidades educacionais, o método usa a avaliação PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado), como já citado serve para avaliar a criança e determinar seus pontos fortes, de maior interesse e suas dificuldades, para a partir desses pontos montar um programa individualizado que proporcionará um aprendizado compatível com a faixa etária do indivíduo com autismo em áreas como: comunicação, autonomia, socialização, aprendizagem formal e atividade profissionalizante (Schopler & Reichler, 1976, citado por Vataavuk, 1997).

O TEACCH busca, na organização do ambiente físico, facilitar a compreensão da criança em relação a seu local de trabalho. Como dito anteriormente, a estruturação externa (ambiente) proporciona à criança autista comportamentos mais funcionais, isso porque a criança sente-se segura ao saber o que o meio espera dela. Um bom exemplo disso é quando são levados para lugares desconhecidos. Geralmente ficam irritadiços, inquietos, por vezes agressivos, tudo porque a situação fugiu daquilo que eles estavam habituados. Com o tempo, o terapeuta buscará minimizar essa rigidez, expondo-o de várias maneiras a outros contextos, assim com o tempo novos contextos passarão a fazer parte do repertório dessa criança e ela passará a enfrentar com menos temor mudanças no ambiente. Isso pode ser ampliado para outras habilidades, como as habilidades sociais. Primeiro, a criança é ensinada a ter contato visual com o terapeuta, com os pais, irmãos, professores, vizinhos e, por fim, o atendente da padaria. Ainda na terapia poderá aprender uma forma de comunicação alternativa; aprenderá a acenar “tchau”, cumprimentar e assim por diante. Para que esses comportamentos sejam instalados, o terapeuta deve conhecer os

pontos fortes e os *déficits* da criança para criar estratégias de aprendizagem. Geralmente, no primeiro momento, uma instrução seguida de um reforço, por exemplo, o terapeuta fala “senta” e faz o movimento, depois auxilia a criança a fazer o mesmo. Sempre que ela obedecer ao comando “sentar” o terapeuta fornecerá um chocolate ou outro item da preferência da criança. Esse reforço também pode ser social (“muito bem!”, “Parabéns!”) dependendo da criança.

Na sala de terapia, o ambiente deve ser organizado de forma que tenha um local com área de aprendizado, ou seja, no ambiente onde acontecerá a terapia deve ter uma mesa adequada para o tamanho da criança, duas cadeiras, uma para a criança e outra para o terapeuta, armários para guardar os materiais utilizados. Todos os objetos da sala devem estar nomeados. Em um outro espaço da sala, deve existir uma mesa para a realização de trabalhos independentes, ou seja, que a criança consiga realizar sem ser monitorada (tapeçaria, quebra-cabeça, jogos de encaixes), e ainda um outro espaço de descanso (um tapete com almofadas ou uma poltrona). A rotina deve estar disponível de modo claro para a criança, por exemplo, o terapeuta logo no início da sessão coloca em ordem as atividades que serão realizadas no dia; para isso, pode utilizar um quadro de tarefas, painel ou agenda, por exemplo, 1ª atividade: motricidade fina e reconhecimento do nome. 2ª atividade: descanso e 3ª atividade: área independente. Essa forma de organização faz com que a criança crie uma rotina, e assim diminua a tensão diante do desconhecido, além de a criança saber o que o ambiente espera dela. O TEACCH pode ser realizado tanto na casa da criança quanto na escola e a carga horária do programa varia de 10 a 20 horas semanais (Marques & Mello, 2005).

Através da organização do ambiente e das tarefas da criança, o TEACCH busca desenvolver a autonomia da mesma, de modo que ela necessite do professor ou terapeuta para o aprendizado, mas que possa também passar grande parte de seu tempo, ocupando-se de forma independente. Desta forma, o principal objetivo do TEACCH é ajudar o portador de autismo a

atingir a idade adulta com o máximo de autonomia possível. Isto inclui ajudá-lo a compreender o mundo que o cerca através da aquisição de habilidades de comunicação que lhe permitam relacionar-se com outras pessoas propiciando-lhe, até onde for possível, condições de escolher de acordo com suas próprias necessidades (Mello, 2001).

O método baseia-se na Teoria Comportamental e em pressupostos da psicolinguística. Ele foi implantado no Brasil, mais especificamente, em São Paulo, em 1991, na Associação de Amigos do Autista – AMA, com a ajuda do Dr. Thomas E. Mates. A AMA de São Paulo fez adaptações do método para a cultura do país e da própria equipe. No entanto, não deixou de utilizar os princípios básicos do método (Marques & Mello, 2005).

Conforme Vatauvuk (1997), o TEACCH tem sido bastante usado nacionalmente e internacionalmente para a estruturação de locais de atendimento a indivíduos autistas. A autora ressalta que muitas pessoas com autismo têm se beneficiado quando tratadas adequadamente com o programa, visto que aprendem a trabalhar frente a atividades acadêmicas com organização e entendimento, e podem fazer uso do computador como apoio para aprendizagem da leitura, escrita e utilização do tempo livre através de jogos, além de realizam tarefas vocacionais que são bastante valiosas para a vida adulta.

3.2. Método PECS

O método PECS (Picture Exchange Communication System ou em português, Sistema de Comunicação por Troca de Figuras), foi criado em 1994, nos EUA, por Bondy e Frost. Ambos perceberam que muitas crianças com autismo tinham dificuldade para imitar, principalmente imitar palavras, e mesmo aquelas que eram capazes de imitar, geralmente não usavam as palavras para se comunicar espontaneamente. Baseados nessas observações criaram uma maneira de

ajudar as crianças com autismo a se comunicarem de uma forma fácil e socialmente aceitável (Miguel, Braga-Kenyon & Kenyon, 2005).

O objetivo do PECS é ensinar o indivíduo a se comunicar por meio de troca de figuras. Ou seja, o professor ou terapeuta sabendo de um item de preferência da criança, como suco de uva, por exemplo, faz uma figura do suco e instrui a criança a entregar a figura na mão da pessoa que está segurando o suco, que deve dizer “você quer o suco de uva?” e, logo em seguida, entregá-lo à criança. Assim, na medida que a criança vai entendendo a troca da figura pelo item, as ajudas são reduzidas até que a própria criança passa a entregar a figura com autonomia. Por meio desta técnica, é possível ensinar a criança com autismo a expressar aquilo que deseja de uma forma espontânea, além de propiciar a interação com outros indivíduos (Sampaio, 2005).

No primeiro momento o método utiliza-se de reforço primário para propiciar a aprendizagem. O reforço primário é aquele que tende a ser um reforçador para todas as espécies, como a água, o alimento ou afeto. Segundo Cabral e Nick (2003) reforço primário é “a apresentação de uma situação de estímulo que reforça ou recompensa qualquer sujeito experimental de uma espécie, sem necessidade de treino prévio” (p. 275). Desta maneira quando o terapeuta seleciona os alimentos prediletos da criança esta usando reforço primário. Quando o terapeuta passa a usar o reforço social na terapia, por exemplo, “muito bem! Você acertou!” ele esta usando o reforço secundário. De acordo com Myers (1999) reforços secundários são aprendidos. Adquirem seu poder por meio da associação com os reforços primários. Assim reforço secundário é aquele que usado em associação com o reforço primário passa a ter a capacidade de condicionar após um processo de aprendizagem ou condicionamento.

Em 1996, Frost e Bondy editaram o manual do PECS, com a apresentação de seis fases, sendo que cada uma delas é composta por objetivos específicos, instruções de aplicação e procedimentos de treinamento, podendo ser utilizado de forma individual ou em grupo, em vários

lugares como em casa, na sala de aula ou na comunidade. Assim, o PECS foi dividido em: Fase 1 - Ensinar a troca de figura; Fase 2 - Espontaneidade; Fase 3 - Discriminação de figura; Fase 4 - estruturação de sentenças; e Fase 5 - responder à questão “você quer?”.

A Fase 1 é caracterizada por ensinar a troca de figuras. O objetivo dessa fase como exposto acima é ensinar o indivíduo a trocar a figura de um item por seu referente. No primeiro momento, o terapeuta irá separar os itens preferidos da criança (chocolate, biscoito, suco) e deixar disponíveis somente estes na frente dela. Quando o indivíduo tentar obter o item, o terapeuta colocará a figura do item em sua mão e o guiará até a outra pessoa que está com o item referente à figura do cartão. Assim que a criança soltar o cartão na mão da pessoa, esta deverá imediatamente entregar o item a criança.

Na Fase 2, busca-se ensinar a espontaneidade. O objetivo dessa fase é ensinar a criança a se direcionar ao quadro de comunicação, selecionar a figura do item desejado e entregar a figura para o terapeuta. Nessa fase, apenas a figura do item favorito deve estar disponível no quadro. No início, o terapeuta deve ensinar a criança a remover a ficha do quadro. A distância entre o terapeuta e a criança deve ser ampliada gradualmente.

Na Fase 3, discriminação de figura, o terapeuta ensinará a criança a distinguir entre diferentes figuras. Primeiramente, o terapeuta colocará duas figuras no quadro de comunicação: a figura do item favorito e um cartão em branco. Se a criança pegar a figura do item favorito e entregar para o terapeuta, ela receberá o item desejado, caso ocorra o contrário, o terapeuta gentilmente moverá a mão do indivíduo na direção do outro cartão. O passo seguinte dessa fase é substituir o cartão em branco pela figura de um item menos preferido e gradualmente adicionar mais figuras (até cinco).

Já a Fase 4 é caracterizada pela estruturação de sentenças. A criança será ensinada a estruturar sentenças. Inicialmente o terapeuta incluirá um cartão (cartão sentença) escrito “Eu

quero”, que ficará localizado no quadro de comunicação. Quando a criança pedir um item, o terapeuta deverá fisicamente guiar a criança a colocar a figura selecionada à direita do cartão sentença. O indivíduo deverá ser guiado a entregar o cartão sentença para o terapeuta para só assim receber o item desejado. Posteriormente, a criança deverá colocar a figura “eu quero” mais a figura do item desejado no cartão sentença para então entregar ao terapeuta.

Por fim, o objetivo da Fase 5 é ensinar a criança a selecionar a figura “Eu quero”, e o item desejado, colocá-los no cartão sentença e entregá-los ao terapeuta quando este perguntar “o que você quer?”. No início, o terapeuta deve apontar para a figura “eu quero” e ao mesmo tempo perguntar “o que você quer?”. Gradualmente, o terapeuta vai aumentando o intervalo entre a pergunta e a dica visual (apontar a figura). Ao completar a quinta fase, a criança deverá ser capaz de pedir e nomear por volta de 30 a 50 itens que serão inclusos no quadro de comunicação a cada fase vencida. Com esse repertório, é possível ensinar à criança outras habilidades, como as de utilizar adjetivos, nomear ações, utilizar conceitos de “sim” e “não”, etc. Essas habilidades devem ser desenvolvidas individualmente e o tempo de aprendizagem varia de criança para criança (Miguel e cols, 2005).

Esse método em muitos casos é o único meio de comunicação que o portador de autismo tem para demonstrar suas necessidades e desejos. O método não deve se restringir só ao âmbito escolar, mas sim por onde a criança transitar, possibilitando deste modo maior ganho de habilidades de comunicação, redução de problemas de comportamento e, também, integração social. Para isso, o indivíduo tem que ter à sua disposição o material de comunicação, e que pelo menos a família esteja preparada para responder prontamente ao que é solicitado pela criança (Aspflo, 2005).

O programa PECS baseia-se nos princípios comportamentais e utiliza técnicas desenvolvidas dentro da Análise Aplicada do Comportamento, tais como reforçamento positivo e

modelagem. De acordo com esses princípios, o comportamento depende das conseqüências que produzem. Ou seja, se uma criança nas fases iniciais do programa PECS indica a ficha do suco, e o recebe de pronto, o comportamento de indicar a ficha do suco foi reforçado pelo acesso ao suco. Desta forma, no futuro quando a criança quiser suco, ela apontará a figura que no passado produziu suco (Camargos, 2002).

O PECS tem sido bem aceito em vários lugares do mundo, pois os materiais são simples, de baixo custo, pode ser aplicado em qualquer lugar e, quando bem aplicado, apresenta resultados surpreendentes na comunicação de crianças que não falam, e na organização da linguagem verbal de crianças que falam (Mello, 2001).

3.3 Método ABA

Em 1987, Ivar Lovaas publicou na Califórnia –EUA, os resultados de sua pesquisa sobre o uso de princípios comportamentais no ensino de crianças com autismo. Os resultados do seguimento destas crianças mostraram que, em um grupo de 19 crianças, 47% das que receberam tratamento intensivo baseado na Análise Aplicada do Comportamento (ABA) atingiram níveis normais de funcionamento intelectual e educacional, foram reintegradas na escola regular. Como Ivar Lovaas foi o primeiro psicólogo a aplicar os princípios da ABA para ensinar crianças com autismo, o método inicialmente ficou conhecido como o “método Lovaas” (Braga-Kenyon, Kenyon & Miguel, 2005).

De fato, a Análise do Comportamento foi à pioneira quanto a eficácia do tratamento para crianças autistas. Como já citado Ivar Lovaas foi o primeiro psicólogo a pesquisar e estruturar técnicas de intervenção com bases empiricamente comprovadas.

O tratamento ABA do autismo tem como objetivo ensinar à criança habilidades que ela não possui, através da introdução destas habilidades por etapas, e principalmente possibilitar a

inclusão dessa criança nos diversos espaços sociais, inclusive na escola regular, pública ou privada (Mello, 2001).

Cada habilidade é ensinada, em geral, em esquemas individuais, em situação de um-para-um, ou seja, um professor ou terapeuta para um indivíduo. Inicialmente, é apresentando uma instrução ou dica. Quando necessário, é oferecido algum apoio, por exemplo, apoio físico que deverá ser retirado quando possível, para não tornar a criança dependente dele. A resposta adequada da criança tem como consequência a ocorrência de algo agradável para ela, o que na prática é um reforço. Quando o reforço é utilizado de forma consistente, a criança tende a repetir a mesma resposta. O primeiro ponto importante é tornar o aprendizado agradável para a criança. O segundo ponto é ensiná-la a identificar os diferentes estímulos. As respostas inadequadas, como birras, destruição ou resposta estereotipadas não são reforçadas. Em vez disso, os dados e fatos são registrados e analisados profundamente com o objetivo de detectar quais são os eventos que funcionam como reforço para os comportamentos inadequados (análise funcional). A repetição é um ponto importante neste tipo de técnica devido à dificuldade da criança em assimilar determinados conceitos. Outro fator importante é o registro fidedigno de todas as tentativas da criança e seus resultados, para assim acompanhar a evolução da mesma dentro do programa, além de propor mudanças e adaptações necessárias (Mello, 2003).

O ABA busca ensinar para o indivíduo autista inicialmente habilidades básicas como sentar, realizar contato visual, imitar, esperar sua vez, para depois ensinar situações de grupo e pedagógicas. Para isso, o profissional deve preparar o ambiente de forma que novas habilidades possam ser ensinadas, ou seja, o ambiente deve ser isento de ruído, interrupções e objetos que possam nesse primeiro momento distrair a criança. Cabe ao profissional, também, identificar as relações funcionais existentes entre os comportamentos inadequados, repertório do indivíduo e

possíveis reforçadores que garantirão que os comportamentos ensinados façam parte do repertório da criança (Braga-Kenyon, Kenyon e cols. 2005).

É importante destacar que nem sempre as habilidades aprendidas em situação de um-para-um são generalizadas para situações mais cotidianas, como as de casa ou da escola. A generalização de habilidades aprendidas, muitas vezes, precisa de treino específico. De acordo com Lovaas (1996, citado por Leite, 2005), generalizar é a capacidade de transferir comportamentos ensinados em uma situação para outra situação ou ambiente, enquanto a discriminação é a habilidade de perceber a diferença entre diferentes tipos de estímulos, dando apenas uma resposta ao comando. Generalizar é o oposto de discriminar.

O indivíduo autista apresenta grande dificuldade para generalizar estímulos. Por exemplo, uma criança pode aprender por meio de comando verbal a tocar o nariz, o olho, a boca, os cabelos e a orelha, porém não consegue assoar o nariz quando necessário. Por isso, um dos objetivos que o programa ABA deve alcançar é a possibilidade de generalização do aprendizado. Só assim aumentará a capacidade da criança de assimilar os conceitos e habilidades que não são ensinados diretamente na terapia (Lear, 2004).

A aplicação do ABA baseia-se em quatro passos fundamentais, o primeiro diz respeito à avaliação comportamental, como já citado anteriormente, que busca identificar as variáveis externas e internas que controlam o comportamento. Essa avaliação fornece informações sobre o repertório da criança, habilidades e *déficits*. O segundo passo constitui em selecionar os objetivos a serem alcançados no tratamento, com base na avaliação feita. O profissional irá delinear metas para o tratamento, por exemplo, levar a criança a desenvolver uma forma de comunicação funcional, controle esfinteriano, entre outros. No terceiro, passo ocorrerá a execução do programa, ou seja, definir claramente as habilidades a serem ensinadas, materiais necessários e os critérios. Por fim, o quarto passo visará a avaliação do progresso, que deve acontecer durante

todo o tratamento, para saber se o programa está atingindo os objetivos traçados ou se é preciso modificá-lo ou adaptá-lo (Braga-Kenyon e cols. 2005).

O programa ABA geralmente é realizado na casa da criança, mas também pode ser realizado na escola. Assim, monta-se uma sala de terapia com estrutura próxima a utilizada pelo método TEACCH, com mesa, cadeiras e armários. A carga horária do programa varia de 10 a 20 horas semanais, e as áreas a serem trabalhadas dependem de cada criança em particular, mas geralmente englobam as habilidades acadêmicas, de linguagem, sociais, de cuidados pessoais, motoras e de brincar (Bosa, 2006).

Quanto à eficácia do tratamento, Miguel (2005) destaca em um dos seus artigos a opinião da comunidade científica:

“A academia nacional de ciências dos EUA, por exemplo, concluiu que o maior número de estudos bem documentados utilizaram-se de métodos comportamentais. Além disso, a Associação para a Ciência no Tratamento do Autismo dos Estados Unidos afirma que Análise Comportamental Aplicada é o único tratamento que possui evidência científica suficiente para ser considerado eficaz.” (p. 2).

Os três métodos ressaltam a importância do envolvimento da família no programa, visto que são os membros da família que conhecem intimamente a criança, assim podendo relatar com precisão muitas informações que, a princípio, o terapeuta desconhece. A família também pode ser mediadora do processo de aprendizagem da criança, auxiliando na generalização dos conceitos, dando sugestões quanto às atividades a serem desenvolvidas, modelando comportamentos e, principalmente, oferecendo toda carinho e atenção que essas crianças necessitam (Lear, 2004).

Ao longo desse capítulo foram abordados os métodos psicoeducacionais e sua eficácia no tratamento de crianças com diagnóstico de autismo, mas até agora pouco foi mencionado sobre o profissional que aplica tais métodos, nesse caso mais especificamente o terapeuta.

Assim como exposto acima, sabe-se que os métodos também podem ser aplicados por professores, porém, a autora fará algumas considerações sobre o perfil do terapeuta que aplica os métodos psicoeducacionais a crianças autistas.

O terapeuta que trabalha com autismo, ou com os demais transtornos do desenvolvimento, assume não só o papel de terapeuta, mas também de educador, uma vez que o tratamento envolve o processo de ensino-aprendizagem e tudo mais que traga o bem-estar da criança e de sua família. Há situações em que o terapeuta ensinará a criança a escovar os dentes, comer, vestir-se, sentar, apontar, jogar, passear, descansar. Para outras crianças, o terapeuta ensinará as cores, formas geométricas, seriação, letras, números, animais, e quando necessário o dever de casa (Windholz & Meyer, 1995).

O terapeuta que atua com essa clientela necessita de uma gama de conhecimentos que muitas vezes fogem às teorias aprendidas no curso de graduação, pois ao se deparar com esse indivíduo que apresenta uma quantidade de comportamentos inadequados e incomuns (andar com os olhos fechados ou de costas, evitar a alimentação por um longo período), muitas vezes complexos e imprevisíveis, primeiramente deve se colocar na posição de aprendiz, para depois se colocar na posição de educador, ou seja, aprender como essa criança se comporta diante de determinados estímulos e situações (pais, animais, brinquedos, alimentos, visitas, escola, passeios), para assim levantar dados relacionados a história de vida da criança, bem como eventos, objetos ou situações que são reforçadores, e que a fazem se sentir segura; o que ela gosta de comer; quais são suas manias e preferências. Além disto, é importante verificar suas dificuldades, e em momentos de crise quais comportamentos o terapeuta pode emitir para ajudá-la (músicas, massagens, objetos giratórios, revistas para rasgar).

É bom deixar claro que esse conhecimento do dia-a-dia sobre a criança não invalida o conhecimento teórico que o profissional deve ter. No caso do terapeuta que utiliza os métodos

psicoeducacionais é indispensável conhecer os pressupostos da Análise do Comportamento e da Pedagogia, visto que os métodos são embasados pela teoria comportamental e utilizam-se de conteúdos pedagógicos.

O terapeuta que trabalha com crianças autistas precisa apresentar algumas habilidades para o andamento da terapia. De acordo com Freire (2005), o profissional em primeiro lugar deve ter conhecimento teórico atualizado sobre o transtorno da criança, ou seja, deve conhecer as especificidades do autismo, sintomas, principais características e quais as áreas mais comprometidas. Também, é indispensável saber sobre as fases de desenvolvimento infantil, pois assim poderá investigar o desenvolvimento psicológico do indivíduo e como ele aprende. Em segundo lugar, o profissional deve buscar parceria com a família, uma vez que ela pode fornecer muitas informações que devem ser obtidas logo no início, para a segurança da criança e respaldo do terapeuta, como alergias que a mesma possa ter, se a criança tem noção de perigo, se foge em lugares públicos, e assim por diante. Em terceiro lugar, o terapeuta deve estabelecer uma alternativa de comunicação com essa criança, visto que a maior parte dos autistas apresentam comprometimentos em níveis variados na comunicação. Essa alternativa pode ser um brinquedo, um gesto, uma cor ou a introdução do método PECS (mais usual).

Outras características que o profissional precisa ter é a tolerância à frustração e a persistência, ou seja, saber adequar suas expectativas as possibilidades da criança, pois não adianta esperar que ela entenda o que é pular sem nunca antes ter sido ensinada, por isso, a importância do conhecimento teórico aliado ao conhecimento prático. Só conhecendo o indivíduo é possível planejar a intervenção. Já a persistência está relacionada com a capacidade do terapeuta de insistir no desenvolvimento e na aprendizagem, visto que essa criança esta habituada a ter experiências de fracasso e sua vida é repleta de “nãos”. Assim, o profissional precisa ficar atento para não se conformar com as dificuldades da criança, chegando ao ponto de acreditar que

ela é assim mesmo e não há nada para ser feito. O terapeuta precisa insistir e facilitar o aprendizado, seja dividindo uma atividade em pequenos passos até que a criança aprenda, ou modificando os materiais, estratégias e atividades. É de fundamental importância para o terapeuta ser sensível, afetuoso e entusiasmado. Nessa medida, conseguirá reconhecer no outro suas diferenças individuais, preservando seus direitos e suas infinitas possibilidades de crescimento, tudo isso com alegria e dinamismo. Por fim, o terapeuta deve avaliar-se para verificar se seus comportamentos estão sendo reforçadores para o processo de aprendizagem da criança, e ao método, pois a avaliação do desenvolvimento das técnicas psicoeducacionais é um instrumento fundamental para orientar o terapeuta no que se diz respeito ao processo de aprendizagem da criança e a possíveis modificações no programa.

Esse conjunto de comportamentos apresentados pelo terapeuta favorece o vínculo, que é a essência do processo terapêutico, pois quanto mais significativo for o profissional para essa criança, maiores são as chances de o mesmo promover novas aprendizagens (Bereohff, Leppos & Freire, 1994).

“Através do terapeuta se abrirá para a criança um universo de possibilidades, de interesses, de descobertas, de experimentações, de vivências, de emoções, de sensações boas ou não, de comportamentos adequados ou não... Vamos mostrar a ele que o nosso colo e o nosso abraço trazem conforto para sua dor, que a nossa segurança pode fortalecer suas dúvidas, que a nossa firmeza pode desbancar seus medos, que o nosso olhar sempre encontra o dele mesmo que fugazmente, e assim seremos sempre os incentivadores da busca do equilíbrio, os facilitadores do encontro dele com ele próprio e com as outras pessoas...” (Freire, 2005, p. 139).

A experiência de trabalhar com essas crianças às vezes é assustadora, desafiante e ao mesmo tempo extraordinária. Assustadora, porque muitas vezes o terapeuta se torna o maior

intermediário entre essa criança e o mundo que a cerca, tendo que buscar alternativas para que ela “esteja aqui entre nós” participando dos acontecimentos cotidianos a que qualquer criança tem direito, diminuindo as limitações que o transtorno impõem, sejam eles na comunicação, na interação ou na rigidez do comportamento. Desafiante, porque exige do terapeuta habilidades que vão além dos conhecimentos teóricos, como ser afetuoso, ter tolerância à frustração, sensibilidade, entusiasmado e ser assertivo. Contudo, o trabalho com essas crianças se torna extraordinário, pois a cada avanço se percebe o quanto elas são capazes e que elas podem em muitos momentos vencer o autismo que as debilitam tanto.

Considerações Finais

Depois de alguns anos acompanhando a maratona de alguns pais, a autora deste trabalho percebe o quanto o diagnóstico de autismo aflige e modifica a rotina familiar, muitas vezes limitando a vida social da família, já que o “pré-conceito” e a ignorância ainda são bastante vigentes nos contextos sociais. Muitos pais limitam-se à rotina de casa-trabalho, trabalho-casa, tudo para não expor seu filho e nem se exporem.

A família é fundamental no desenvolvimento de qualquer terapêutica, é ela que trará informações sobre a criança, auxiliará no desenvolvimento do tratamento, além de ser fonte de carinho e atenção dessa criança. O fato de ter um filho autista pode desestruturar toda uma família, desencadeando sofrimento, raiva e culpa. Por isso, é necessário ajudá-los a se adaptarem e a conviverem com esta nova situação.

Importa destacar que as técnicas mencionadas ao longo deste trabalho podem ser utilizadas em conjunto no tratamento do autismo, pois o uso de uma não invalida a eficiência da outra, muito pelo contrário, em muitos casos elas se complementam, já que cada método busca atingir de maneira prática e funcional as principais limitações do autista. O método TEACCH objetiva a estruturação do ambiente que, assim como visto, é de fundamental importância para a aprendizagem e o bem-estar da criança autista, o PECS busca tratar a deficiência na comunicação de forma alternativa, por meio de figuras de fácil compreensão tanto para a criança quanto para seus pares, e por fim o ABA que, além de embasar todas as outras duas técnicas, busca instalar novos comportamentos no repertório da criança autista, assim como eliminar ou adequar os comportamentos indesejáveis, possibilitando aprendizagens mais funcionais. De modo geral, os métodos psicoeducacionais visam desenvolver ao máximo as potencialidades e habilidades que a criança autista possui, além de possibilitar a qualidade de vida da criança e de todos que a cercam.

Há muitas controvérsias quanto à escolha do melhor tratamento, visto que até agora nenhuma proposta terapêutica comprovou ser 100% eficiente, e muito menos ser capaz de curar o autismo. Contudo, foi possível observar, através da literatura pesquisada, que a Terapia Comportamental tem sido considerada nos últimos tempos a mais eficaz no tratamento de crianças autistas (Miguel, 2005).

Em se tratando de autismo, muita coisa ainda tem por avançar, seja referente às pesquisas que buscam sua causa, seja em relação ao tratamento que infelizmente não é acessível a todos aqueles que precisam, ou quanto à divulgação e conscientização. Infelizmente muitos profissionais da primeira infância desconhecem os sintomas do autismo, por isso a importância de disciplinas nos cursos de Pedagogia, Pediatria e Psicologia.

Contudo, defende-se a educação em seu sentido mais amplo como primordial no desenvolvimento de qualquer ser humano e, no caso da criança autista muito mais, pois a educação é a porta para o não isolamento, as habilidades sociais, acadêmicas e vivenciais da criança com autismo.

Referências Bibliográficas

- APA (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. DSM IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aspeflo, U.(2005). *Boletim Autismo Brasil*. Disponível em: www.universoautista.com.br. Acesso em Abril de 2009.
- Assumpção, F. B. & Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo Infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22. (2), 37-39.
- Baum, W. M. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artmed.
- Bereolff, A. M. P., Leppos, A. S. & Freire, L. H. V. (1994). *Considerações técnicas sobre o atendimento psicopedagógico do educando portador de condutas típicas da síndrome do autismo e de psicoses infanto-juvenis*. Brasília: ASTECA
- Bosa, C & Batista, C. R. (2002). *Autismo e Educação: Reflexões e proposta de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.
- Bosa, C. (2006). Autismo: Intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28. (1), 1-15.
- Braga-Kenyon, P., Kenyon, S. E. & Miguel, C. F. (2005). Análise Comportamental Aplicada (ABA): Um Modelo para a Educação Especial. Em: W. Camargo Jr. (Org). *Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: 3º Milênio/ Waltter Camargo e Colaboradores* Brasília:

Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA.

Cabral, Á., & Nick, E. (2003). *Dicionário Técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix.

Camargos Jr. W. (2002). *Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: 3º Milênio/ Walter Camargo e Colaboradores*. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA.

Cavalcanti, A. E. & Rocha, P. S. (2001). *Autismo: Construções e Desconstruções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Facion, J. R. (2002). *Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Associados a Graves problemas de Comportamento: Reflexões sobre um modelo integrativo*. Brasília: Ministério da Justiça.

Freire, L. H. V. (2005). Formando professores. In: Camargo Jr. W. *Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: 3º Milênio/ Walter Camargo e Colaboradores*. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA, 2005.

Gauderer, C. (1993). *Autismo*. São Paulo: Atheneu.

Gauderer, C. (1997). *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: Guia prático para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Goulart, P. K. & Alves, G. J. A. (2002). Estudos sobre autismo em análise do comportamento: aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, (4), 151-165.
- Guilhardi, H. J. & Bagaiolo, L.(2002). Autismo e preocupações educacionais: Um estudo de caso a partir de uma perspectiva comportamental compromissada com a análise experimental do comportamento. In: Guilhardi, H. J. *Sobre Comportamento e cognição: Contribuições para a construção da Teoria do Comportamento*. Santo André:São Paulo: ESETec.
- Lear, K. (2004). *Ajude-nos a aprender: Um programa de treinamento em ABA (Análise do Comportamento aplicada) em ritmo auto-estabelecido*.
- Leite, L. T. M. (2005). *Aquisição e generalização de mandos em uma criança com autismo*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-graduação em *stricto sensu* em Psicologia. Universidade Católica de Goiás.
- Leon, V. & Bosa, C. (2005). Perfil psicoeducacional revisado (PRP-R): Elaboração da versão Brasileira. In: Camargo Jr. W. *Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: 3º Milênio/ Walter Camargo e Colaboradores*. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA, 2005.
- Marques, M. B. & Mello, A. M. S. (2005). TEACCH – Treatment and education of autistic and related communication handicapped children. In: Camargo Jr. W. *Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: 3º Milênio/ Walter Camargo e Colaboradores*. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA, 2005.

Mello, A. M. S. (2001). *Autismo: guia prático*. Brasília.

Miguel, C. (2005). *Análise Aplicada do Comportamento*. Disponível em: www.universoautista.com.br/autismo. Acesso em: 09 Março de 2009.

Miguel, C. F., Braga-Kenyon, P. & Kenyon, S. E. (2005). Uma introdução ao sistema de comunicação através de troca de figuras (PECS). Em: W. Camargo Jr. *Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: 3º Milênio/ Walther Camargo e Colaboradores* Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Rivière, A. (1993). O Desenvolvimento e a educação da criança autista. In: Coll, C. Palacio, J. & Marchesi, trad. Marcos A. G. D. A. *Desenvolvimento psicológico e educação: Necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Roazzi, A. & Souza, C. B. (2002). Repensando a Inteligência. *Paidéia*, 23. (12), 31-55.

Sampaio, A. S. (2005). *Transtorno autista e a abordagem cognitivo-comportamental: possibilidade de auxílio psicológico*. Disponível em: www.psicologiavirtual.com.br. Acesso em 13 Março de 2009.

Silvaes, E. F. M. (2000). *Estudos de casos em psicologia comportamental infantil Vol. I*. São Paulo: Ed. Papyrus.

Schwartzman, J. S. & Assumpção Jr, F. B. (1995). *Autismo infantil*. São Paulo: Memnon.

Windholz, M. H & Meyer, S. M. (1995). Crianças com problemas de desenvolvimento. In: Silvaes, E. F. M. *Estudos de casos em psicologia comportamental infantil Vol. II*. São Paulo: Ed. Papyrus.

Vatavuk, M. C. (1997). *Método TEACCH*. Disponível em: www.ama.org.br/teacch. Acesso em: 09 Abril de 2009.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artmed.

Wing, L. (1997). O Contínuo das Características Autistas. Em: C. Gauderer (Org.), *Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Revinter.