



Centro de Formação Contínua de Professores de Ourique, Castro Verde,
Aljustrel e Almodôvar (Registo de Acreditação: CCPFC/ENT-AE-0722/04)

Acção de Formação nº 07/2006:

Necessidades Educativas Especiais
de
Carácter Permanente/ Prolongado
no
Necessidades Educativas Especiais
de
Carácter Permanente/ Prolongado
Contexto da Escola Inclusiva

Formadoras:

Maria Fernanda Caetano Guerreiro
Maria Helena Madeira Rocha

Trabalho elaborado por:
Madalena Coelho
Antónia Espírito Santo

Novembro/2006

Centro de Formação Contínua de Professores de Ourique, Castro Verde,
Aljustrel e Almodôvar

Trabalho no âmbito da Acção de Formação nº 07/2006:

**"Necessidades Educativas Especiais de Carácter
Permanente/Prolongado no Contexto da Escola Inclusiva"**

Autismo

"Perda de contacto com a realidade exterior"

Formadoras:

Maria Helena Rocha
Maria Fernanda Guerreiro

Formandas:

Antónia Maria Espírito Santo
Maria Madalena Coelho

ÍNDICE

I.	Introdução	2
II.	Definição	3
III.	Causas	5
IV.	Incidência	7
V.	Principais Características	8
VI.	Evolução da Sintomatologia	13
VII.	Diagnóstico	16
VIII.	Tratamento	21
IX.	Intervenção Educativa	26
X.	Conclusão	30
XI.	Referências Bibliográficas	31

I - INTRODUÇÃO

Pela primeira vez, em 1943, foi mencionado o conceito do Autismo, por Leo Kanner, como uma doença da linha das psicoses, caracterizada por isolamento extremo, alterações de linguagem representadas pela ausência de finalidade comunicativa, rituais do tipo obsessivo com tendência a mesmice e movimentos estereotipados.

Nessa abordagem, a doença tinha as suas origens em problemas nas primeiras relações afectivas entre mãe e filho, que comprometiam o contacto social, ideia extremamente difundida até meados dos anos 70, mas que actualmente é definido como um conjunto de sintomas de base orgânica, com implicações neurológicas e genéticas.

Hoje, o autismo é uma área de intenso interesse, em que diferentes estudos estabelecem e promovem desde alterações conceituais até modificações terapêuticas de fundamental importância.

II - DEFINIÇÃO

O autismo é uma doença psiquiátrica rara e grave da infância – Síndrome de Kanner – autismo infantil – caracterizado por um desenvolvimento intelectual desequilibrado, que afecta também a capacidade de socialização. Pode-se dizer que é uma anormalidade grave, caracterizada por severos problemas ao nível da comunicação, do comportamento e por uma grande incapacidade em relacionar-se com as pessoas de uma forma normal.

"É hoje geralmente aceite que as perturbações incluídas no espectro do autismo, Perturbações Globais do Desenvolvimento nos sistemas de classificação correntes internacionais, são perturbações neuropsiquiátricas que apresentam uma grande variedade de expressões clínicas e resultam de disfunções do desenvolvimento do sistema nervoso central multifactoriais" (Descrição do Autismo, Autism-Europe, 2000).

O autismo é uma perturbação global do desenvolvimento infantil que se prolonga por toda a vida e evolui com a idade. Os adolescentes juntam às características do autismo os problemas da adolescência, podendo contudo, melhorar a capacidade de relacionar-se socialmente e o seu comportamento ou, pelo contrário, podem voltar a fazer birras, mostrar auto-agressividade ou agressividade para com as outras pessoas.

É um distúrbio neurofisiológico e a sua causa é desconhecida, no entanto, alguns investigadores atribuem-no a alterações bioquímicas mas outros associam-no a distúrbios metabólicos hereditários, encefalites, meningites, rubéola contraída antes do nascimento, ou até a lesões cerebrais. Porém existem bastantes incertezas e dúvidas na relação do Autismo com estas doenças.

Contudo, parece consensual que o autismo resulta de uma perturbação no desenvolvimento do Sistema Nervoso, de início anterior ao nascimento, que afecta o funcionamento cerebral em diferentes áreas, sobretudo a capacidade de interacção social e a capacidade de comunicação são algumas das funções mais afectadas.

As pessoas com autismo têm uma grande dificuldade, ou mesmo incapacidade, de comunicar, tanto de forma verbal como não verbal. Muitos dos autistas não têm mesmo linguagem verbal, e noutros casos o uso que fazem da linguagem é muito limitado e desadequado, pois há uma acentuada incapacidade na sua utilização. Paralelamente, as pessoas com autismo têm uma grande dificuldade na interpretação da linguagem, devido à dificuldade na compreensão da entoação da voz e da mímica dos outros com quem se relacionam.

O isolamento social é outra característica do autismo e também a insistência na repetição. Por isso é que as pessoas com autismo seguem rotinas, por vezes de forma extremamente rígida, ficando muito perturbadas quando qualquer acontecimento impede ou modifica essas rotinas, sendo frequente o balançar do corpo, os gestos e os sons repetitivos em situações de maior ansiedade. A maioria dos autistas tem também deficiência mental, com níveis significativamente baixos de funcionamento intelectual e adaptativo e cerca de 30% dos autistas pode sofrer de epilepsia.

O autismo é resultante de uma perturbação do desenvolvimento embrionário, contudo, não é possível o diagnóstico pré-natal do autismo, nem este se manifesta por quaisquer traços físicos daí que o seu diagnóstico não seja, em princípio, possível de ser feito nas primeiras semanas ou meses de vida.

A perturbação da interacção social do bebé é geralmente o primeiro sinal que alerta para a hipótese de diagnóstico de autismo o qual, nos casos mais graves, pode chegar a ser identificado antes do primeiro ano de idade.

III - Causas

A causa ou causas específicas do autismo são ainda desconhecidas, sabe-se, contudo que tem uma base genética importante. Sobre esta determinante genética seriam acumulados factores adicionais (do meio interno e/ou envolvente) que eventualmente poderiam levar ao autismo e que seguramente contribuem para a sua expressão. Está, por outro lado, bem demonstrado que factores como a relação mãe / bebé ou a educação, não determinam em nada o aparecimento do autismo.

Trata-se de uma perturbação global do funcionamento cerebral, que afecta numerosos sistemas e funções, eventualmente com múltiplas causas e que se expressa de formas bastante diversas, contudo existem medicamentos que podem aliviar os sintomas e as alterações comportamentais associadas ao autismo.

A quase totalidade dos autistas será sempre incapaz de gerir de forma autónoma a sua pessoa e bens, pelo que necessitam, durante toda a vida, do auxílio de terceiros. Estes devem atender à natureza única de cada pessoa com autismo e criar condições que permitam a expressão máxima das capacidades individuais.

Nas décadas de 40 e 50 acreditava-se que a causa do autismo residia nos problemas de interacção da criança com os pais e com a família. Várias teorias sem base científica e de inspiração psicanalítica culpabilizavam os pais (em especial as mães) por não saberem dar as devidas respostas afectivas aos seus filhos.

A partir dos anos 60 e com a investigação científica baseada sobretudo em estudos de casos de gémeos e nas doenças genéticas associadas ao autismo (X Frágil, esclerose tuberosa, fenilcetonúria, neurofibromatose e diversas anomalias cromossómicas) descobriu-se a existência de um factor genético multifactorial e de diversas causas orgânicas relacionadas com a sua origem. Estas causas são diversas e reflectem a diversidade das pessoas com autismo: parecem haver genes candidatos, isto é, uma predisposição para o autismo o que explica a incidência de casos de autismo nos filhos de um mesmo casal.

Factores pré natais (ex.rubéola materna, hipertiroidismo) e natais (ex.prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções graves neonatais, traumatismo de parto) também podem ter influência no aparecimento das perturbações do espectro do autismo. Existe uma grande ocorrência de epilepsia na população autista (26 a 47%) enquanto na população em geral a incidência é de cerca de 0,5%. Actualmente, alguns investigadores encontram-se a efectuar estudos acerca de anomalias nas estruturas e funções cerebrais das pessoas com autismo.

Pode-se enumerar uma série de doenças, das mais diferentes ordens, envolvidas nos quadros autísticos:

- Infecções pré-natais - rubéola congênita, sífilis congênita, toxoplasmose, citomegalovirose;
- Hipóxia neo-natal (deficiência de oxigênio no cérebro durante o parto);
- Infecções pós-natais - herpes simplex;
- Déficits sensoriais - dificuldade visual (degeneração de retina) ou diminuição da audição (hipoacusia) intensa;
- Espasmos infantis - Síndrome de West;
- Doenças degenerativas - Doença de Tay-Sachs;
- Doenças gênicas - fenilcetonúria, esclerose tuberosa, neurofibromatose, Síndromes de Cornélia De Lange, Williams, Moebius, Mucopolissacaridoses, Zúrich;
- Alterações cromossômicas - Síndrome de Down ou Síndrome do X frágil (a mais importante das doenças genéticas associadas ao autismo), bem como alterações estruturais expressas por deleções, translocações, cromossomas em anel e outras;
- Intoxicações diversas.

Em suma, não há ligação causal entre atitudes e acções dos pais e o aparecimento das perturbações do espectro autista, como também não se encontra relacionado com a raça, a classe social ou a educação parental.

IV - INCIDÊNCIA

O autismo aparece em cerca de vinte entre cada dez mil nascimentos e é quatro vezes mais comum entre meninos do que meninas. É encontrado em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica e social. Até hoje não se conseguiu provar nenhuma causa psicológica, no meio ambiente destas crianças, que possa causar a doença.

Os sinais e sintomas aparecem antes dos 3 anos de idade e, em cada 10.000 crianças, de quatro a cinco apresentam a doença, com predomínio em indivíduos do sexo masculino (3:1 ou 4:1).

As primeiras características podem surgir entre os 4 e os 8 meses de idade, devido ao atraso no desenvolvimento da motricidade e da fala. Contudo, o diagnóstico requer um cuidadoso exame físico, psicopedagógico e neurológico.

O Autismo pode ainda desenvolver-se em crianças que até então pareçam “normais” – Autismo Secundário – onde ocorre uma inexplicável regressão.

V - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

Falar das características do autismo obriga a falar-se de Leo Kanner, como anteriormente mencionado. Foi este que, há cerca de meio século, publicou num artigo famoso, onde faz uma descrição sobre crianças cujos comportamentos lhe pareciam ser diferentes de todos os outros até então destacados pela literatura científica internacional.

Características do autismo (Leo Kanner – 1943):

- Um profundo afastamento autista;
- Um desejo autista pela conservação da semelhança;
- Uma boa capacidade de memorização mecânica;
- Expressão inteligente e ausente;
- Mutismo ou linguagem sem intenção comunicativa efectiva;
- Hipersensibilidade aos estímulos;
- Relação estranha e obsessiva com objectos.

Posteriormente, mencionou a ecolália – fala de papagaio – linguagem extremamente literal, uso estranho da negativa, inversão pronominal e outras perturbações da linguagem (Kanner, J., 1946). Um ano depois de Kanner ter publicado o seu artigo, em 1944, um pediatra austríaco Hans Asperger, publicava um artigo, em alemão, "Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter", no qual descrevia um grupo de crianças com características muito semelhantes às de Kanner, chamando igualmente autismo ao síndrome...

"De inteligência normal, estes rapazes tinham uma dificuldade marcada nas relações interpessoais. Quando se esperava que partilhassem os jogos com outras crianças ou se integrassem numa roda de brincadeiras, eram vistos sozinhos, preocupados de forma obsessiva com o objecto do seu interesse. A linguagem também era peculiar: embora por vezes usassem expressões ou vocábulos muito sofisticados, por outro lado não entendiam os ditados mais comuns ou as metáforas mais óbvias. As crianças com Asperger não compreendiam porque não dizemos o que pensamos, e pensamos o que não dizemos. A entoação era monocórdica sem as flutuações emocionais que dão colorido à nossa voz. A sua coordenação motora era tão pobre que se viam sistematicamente excluídos da participação em jogos colectivos, sem que, de resto, isso parecesse preocupá-los excessivamente. Em momentos de maior emoção apresentavam movimentos repetidos e estereotipados que lhes conferiam um aspecto bizarro."

Asperger percebeu que estes rapazes partilhavam traços fundamentais com as crianças autistas, mas embora as características dos indivíduos fossem semelhantes, havia um grupo, reconhecido por Asperger, com níveis de inteligência e linguagem superiores – actualmente as crianças com estas características têm Síndrome de Asperger.

Porém, as suas observações ficaram ignoradas até aos anos 90 quando Lorna Wing, uma psiquiatra americana, chamou a atenção para o trabalho de Asperger e sublinhou a sua importância. De então para cá o reconhecimento e o estudo desta disfunção cresceu exponencialmente, e as suas características clínicas e problemas associados foram melhor definidos.

Lorna Wing (1981) definiu o síndrome de Asperger com seis critérios de diagnóstico:

- A linguagem é correcta mas pedante e estereotipada;
- Ao nível da comunicação não verbal apresentam: voz monótona, pouca expressão facial, gestos inadequados;
- No que diz respeito à interacção social, esta não recíproca e revelam falta de empatia;
- Resistem à mudança e preferem actividades repetitivas;
- Ao nível da coordenação motora apresentam uma postura incorrecta, movimentos desastrados e por vezes estereotipias;
- Possuem uma boa memória mecânica e os seus interesses são especiais e circunscritos.

Hoje o síndrome de *Asperger* tem uma classificação separada do Autismo no *DSM IV – TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)*, no entanto, a noção de um espectro de perturbações autísticas baseado na tríade de perturbações apresentada por *Lorna Wing* é importante para a educação e cuidados das crianças com autismo ou outras perturbações globais do desenvolvimento.

As pessoas com autismo têm três grandes grupos de perturbações, segundo *Lorna Wing (Wing & Gould, 1979)*, a tríade de perturbações no autismo manifesta-se em três domínios:

Domínio Social: o desenvolvimento social é perturbado, diferente dos padrões habituais, especialmente o desenvolvimento interpessoal, pois a criança com autismo pode isolar-se ou interagir de forma estranha, fora dos padrões habituais.

Há uma incapacidade muito acentuada de desenvolver relações interpessoais nos cinco primeiros anos, caracterizada por uma falta de reacção e de interesse pelos outros, sem comportamento de apego normal. Estas dificuldades manifestam-se, na primeira infância, pela ausência de uma atitude de antecipação (ao dar colo

a essas crianças, elas assumem uma postura rígida, ao contrário do esperado), pela ausência de contacto visual e pela ausência de resposta de sorriso e de mímica. A criança autista não utiliza o contacto visual para chamar a atenção, em vez disso há ausência, atraso ou cessação do sorriso, em resposta aos sorrisos dos outros. É indiferente aos outros, ignora-os, não reage à afeição e ao contacto físico, existindo também ausência de apego selectivo: a criança parece não distinguir os pais dos adultos estranhos.

O autista comporta-se frequentemente como se estivesse só, como se os outros não existissem, as crianças autistas não procuram ser acariciadas ou reconfortadas pelos pais quando têm dor ou medo, acontecendo, por vezes, interessarem-se por uma parte do outro como a mão ou um detalhe do vestuário.

Na primeira infância existe inaptidão a brincar em grupo ou a desenvolver laços de amizade pois mostram pouca emoção, pouca simpatia ou empatia por outro, embora à medida que crescem (cerca dos 5 ou 6 anos) possam ir desenvolvendo ligações sociais estas permanecem superficiais e imaturas.

Domínio da Linguagem e Comunicação: a comunicação, tanto verbal como não verbal é deficiente e desviada dos padrões habituais. A linguagem pode ter desvios semânticos e pragmáticos pois muitas pessoas com autismo (estima-se que cerca de 50%) não desenvolvem linguagem durante toda a sua vida. Não é só a aquisição da linguagem nestas crianças que se desenvolve mais tarde, pois quando se desenvolve, caracteriza-se por anomalias muito específicas e diferentes das encontradas nas crianças que apresentam outros distúrbios de linguagem, salientando que cerca de metade dos autistas não irão falar nunca, não imitarão nenhum som ou resmungo.

Quando a linguagem se desenvolve, não tem nenhum valor de comunicação e caracteriza-se por uma ecolalia imediata e retardada, ou pela repetição de frases estereotipadas, uma inversão pronomial (utilização do pronome "tu" quando a significação é "eu") e uma afasia nominal. Ainda se pode observar uma modulação patológica da linguagem: volume, altura do som, qualidade da voz, ritmo, entonação e inflexão são alterados e produzem uma linguagem expressiva atonal e desprovida de emoção.

A capacidade de simbolizar é ausente ou limitada, os termos abstractos não são empregues, as dificuldades de articulação e as imaturidades gramaticais são as mesmas que as encontradas nas crianças com uma linguagem limitada.

Em suma, a comunicação verbal é patológica, a expressão é anormal e a compreensão da linguagem muito limitada: os autistas podem seguir uma instrução simples, mas frequentemente não conseguem executar ordens que impliquem a

combinação de um ou vários itens, sobretudo se forem apresentados num contexto novo e sem a ajuda de gestos. Também a comunicação não verbal é limitada, senão ausente: as expressões gestuais ou as mímicas são inexistentes, pois a criança não é capaz de atribuir um valor simbólico aos gestos. Os autistas quando querem atingir um objecto, pegam na mão ou no punho de um adulto mas nunca apontam nem acompanham o seu pedido com um gesto simbólico ou com uma mímica.

Domínio do Pensamento e do Comportamento: as crianças autistas apresentam rigidez do pensamento e do comportamento, fraca imaginação social, comportamentos ritualistas e obsessivos, dependência em rotinas, atraso intelectual e ausência de jogo imaginativo.

A necessidade obsessiva de imutabilidade é um dos comportamentos fixos, estereotipados e repetidos característicos, porém não é considerado como um item do diagnóstico, embora seja descrito com detalhes e integre elementos que não podem ser negligenciados. Esses elementos foram classificados em cinco categorias:

1. Experimentam uma necessidade de imutabilidade que se manifesta através de uma resistência a qualquer mínima mudança no ambiente habitual. Há menor modificação, como a deslocação de um móvel ou a mudança de alguma rotina, no dia da criança, pode provocar reacções explosivas; porém, é difícil prever quais são as alterações particulares que vão produzir tais reacções.
2. Os jogos tem uma tendência a serem mecânicos, repetitivos e sem qualquer imaginação ou criatividade: alinham sem cessar objectos, fazem colecções deles ou repetem constantemente um mesmo movimento.
3. São, com frequência, exageradamente apegados a um objecto particular, que guardam o tempo todo e protestam se lhes for retirado. É claro que isso também acontece com crianças normais, mas no caso dos autistas, os objectos não são utilizados pela sua função ou valor simbólico: a criança cheira-os, leva-os à boca ou fá-los rolar. São fascinados por coisas em movimento e em particular pelas que giram, podendo contemplar ventiladores ou pêndulos durante horas.
4. Entre os autistas com expressão verbal, alguns têm preocupações não habituais, que repetem incessantemente. Fazem perguntas de forma estereotipada sobre datas históricas, estradas, horários de trens, cores ou nomes, pelas quais esperam uma resposta muito precisa e sempre idêntica. Alguns dão provas de memória notável, fotográfica, para listas de nomes,

histórias ou poemas, que muitas vezes foram ouvidos anos antes e podem ser restituídos de forma perfeitamente exacta, ou são capazes de fazer cálculo mental muito rapidamente e com grande competência. Estas capacidades parecem desenvolver-se entre os 4 e os 7 anos.

5. Os autistas tem movimentos estereotipados, como girar as mãos ou bater uma contra a outra. Estes movimentos podem associar-se para realizar sequências de gestos complicados, às vezes repetidos num momento preciso do dia.

Características gerais das crianças autistas:

- Fisicamente sadios e de boa aparência;
- Desconhecimento da sua própria identidade;
- Falta de comunicação;
- Não mantêm o contacto visual;
- Retraídos, apáticos e desinteressados;
- Indiferença em relação ao ambiente que os rodeia;
- Resistência a mudanças de ambiente;
- Incapacidade de julgar;
- Ansiedade frequente e excessiva e aparentemente ilógica;
- Hiperactividade e movimentos repetitivos;
- Entorpecimento nos movimentos que requerem habilidade.

VI - EVOLUÇÃO DA SINTOMATOLOGIA

As crianças autistas vivem num mundo à parte criado por elas próprias, geralmente incapazes de estabelecer relações pessoais normais, contudo, podem revelar uma ligação muito forte com alguns objectos. Revelam ainda alterações ao nível da linguagem – padrões de fala inelegíveis e outras nem sequer falam, apresentam ainda dificuldades nas relações interpessoais; manifestam rituais – comportamentos estereotipados e repetitivos. Podem ainda apresentar características como: inibição motora, mutismo, dificuldade em suportar mudanças de ambiente, recusa em procurar ou aceitar carinhos, gosto pela imitação de sons ou de movimentos, dificuldade em estabelecer amizades, entre outras...

Mas a sintomatologia deste síndrome não aparece de um dia para o outro, o autismo é uma doença com um desenvolvimento gradual:

- Em bebés, os autistas não demonstram grande interesse pelo contacto, não sorriem, não olham para os pais, podem apresentar problemas ao nível da alimentação, do choro e do sono. O bebé com autismo apresenta determinadas características diferentes dos outros bebés da sua idade pois mostra indiferença pelas pessoas e pelo ambiente e pode ter medo de objectos. Quando começa a gatinhar pode fazer movimentos repetitivos (bater palmas, rodar objectos, mover a cabeça de um lado para o outro) e não utiliza os brinquedos na sua função própria. Ao brincar, não utiliza o jogo social nem o jogo de faz de conta, ou seja, não interage com os outros, não dando resposta aos desafios ou às brincadeiras que lhe fazem.
- Aos 12 meses poderão demonstrar um interesse obsessivo por determinados objectos, revelando comportamentos estereotipados e repetitivos e até atrasos ao nível da locomoção.
- Geralmente só a partir dos 24 meses é que se pode constatar dificuldades de comunicação – verbal e não verbal. Depois dos 2 anos de idade a criança autista tem tendência a isolar-se, a utilizar padrões repetitivos de linguagem, a inverter os componentes das frases, a não brincar normalmente, etc.
- Dos 2 aos 5 anos de idade o comportamento autista tende a tornar-se mais óbvio. A criança não fala ou ao falar, utiliza a ecolália ou inverte os pronomes. Há crianças que falam correctamente mas não utilizam a linguagem na sua função comunicativa, continuando a mostrar problemas na interacção social e nos interesses.

- Regra geral, dos seis anos de idade até à adolescência os sintomas mais perturbadores podem diminuir, contudo o problema não desaparece totalmente. Os adolescentes juntam às características do autismo os problemas da adolescência e, nesta fase, podem melhorar as relações sociais e o comportamento ou, pelo contrário, podem voltar a fazer birras, mostrar auto-agressividade ou agressividade para com as outras pessoas.
- Os adultos com autismo tendem a ficar mais estáveis se são mais competentes, mas pelo contrário, os menos competentes, com QI baixo, continuam a mostrar características de autismo e não conseguem viver com independência. No estado adulto, o autista não consegue levar uma vida normal pois acha que o mundo é uma ameaça para si – fecha-se no seu mundo onde sente maior segurança. Por vezes, neste período, o autista pode regredir e até voltar a manifestar comportamentos infantis.
- As pessoas idosas com autismo têm os problemas de saúde das pessoas idosas acrescidos das dificuldades de comunicação, daí que os problemas de comportamento possam sofrer um agravamento. Além disto, perdem muitas vezes o gosto pelo exercício físico e têm menor motivação para praticar desporto, o que não contribui, de forma alguma, para melhorar a sua qualidade de vida. Por outro lado, o seu comportamento tende a estabilizar-se com a idade.

Evolução da sintomatologia durante o desenvolvimento da criança:

Do nascimento até aos 15 meses:

- Problemas com a alimentação, como por exemplo: dificuldade na amamentação;
- Apáticos e não demonstram nenhum desejo de abraços e nem de mimo;
- Choro constante ou ausência total de choro;
- Desinteresse pelas pessoas e pelo meio ambiente;
- Medo anormal de estranhos;
- Movimentos repetitivos, como: balanceamentos das mãos, oscilações ou rotações prolongadas, entre outros...
- Interesse obsessivo por determinados objectos, jogos ou aparelhos mecânicos;
- Insistência nos seus desejos unicamente para que não se mude de ambiente físico;
- Problemas de sono.

Dos 18 meses até aos 2 anos:

- Dificuldades em aprender a controlar os esfíncteres e os hábitos de higiene;
- Hábitos e preferências estranhas na alimentação;
- Atraso na fala, ausência de fala ou poderão eventualmente perder a fala já adquirida.

Após os 2 anos:

- Afasia contínua ou utilização de padrões invulgares na fala, tais como repetir palavras e frases;
- Persistem os problemas de controlo dos esfíncteres e dos hábitos de higiene;
- Incapacidade para jogos vulgares;
- Alguns podem possuir habilidade musical, motora ou manual;
- Por vezes podem demonstrar insensibilidade à dor.

VII - DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar o autismo, são usados hoje os critérios definidos pelo DSM-IV e pelo CID-10. O diagnóstico do autismo é comportamental pois ainda não existem exames que possam contribuir significativamente para o diagnóstico, apesar de já haverem alguns estudos que apontam no sentido de algumas anormalidades em determinados cromossomas indicarem uma ligação com o autismo, mas isto ainda não é utilizado para uma confirmação de diagnóstico.

DSM IV – TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)

As características essenciais da Perturbação Autística são a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interacção e comunicação social e um repertório acentuadamente restritivo de actividades e interesses.

A perturbação pode manifestar-se antes dos 3 anos de idade por um atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas: interacção social, linguagem usada na comunicação social, jogo simbólico ou imaginativo. Não existe tipicamente um período de desenvolvimento normal, embora em cerca de 20% dos casos os pais tenham descrito um desenvolvimento relativamente normal durante um ou dois anos, mas nestes casos, os pais referem uma regressão no desenvolvimento da linguagem, geralmente manifestada por uma paragem da fala depois de a criança ter adquirido 5 a 10 palavras.

Por definição, se existe um período de desenvolvimento normal, este não pode estender-se para além dos 3 anos de idade, e a perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO AUTISMO (DSM-IV)

- 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.** Marcante lesão na **interacção social**, manifestada por pelo menos dois dos seguintes itens:

destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como

- a.** contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos para lidar com a interacção social.
- b.** dificuldade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento.
- c.** falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: dificuldades em mostrar, trazer ou apontar objectos de interesse.
- d.** ausência de reciprocidade social ou emocional.

- 2.** Marcante lesão na **comunicação**, manifestada por pelo menos um dos seguintes itens:

atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de

- a.** tentativas de compensação através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas.
- b.** em indivíduos com fala normal, destacada diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas.
- c.** ausência de acções variadas, espontâneas e imaginárias ou acções de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento.

- 3.** Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de **comportamento**, interesses e actividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes itens:

- a.** obsessão por um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse que seja anormal tanto em intensidade quanto em foco.
- b.** fidelidade aparentemente inflexível a rotinas ou rituais não funcionais específico
- c.** hábitos motores estereotipados e repetitivos, por exemplo: agitação ou torção das mãos ou dedos, ou movimentos corporais complexos.
- d.** obsessão por partes de objectos.

- B.** Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade:

- 1.** interacção social.
- 2.** linguagem usada na comunicação social.
- 3.** acção simbólica ou imaginária.

- C.** O transtorno não é melhor classificado como transtorno de Rett ou doença degenerativa infantil.

DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª ed., Texto Revisto, Lisboa, Climepsi Editores, 2002

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DO AUTISMO (CID-10) (WHO 1992)

Pelo menos 8 dos 16 itens especificados devem ser satisfeitos:

a. Lesão marcante na **interação social** recíproca, manifestada por pelo menos três dos próximos cinco itens:

1. dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social.
2. dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo.
raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão
3. ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade.
ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a
4. felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas.
5. falta de reciprocidade social e emocional.

b. Marcante lesão na **comunicação**:

1. ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes.
2. diminuição de ações imaginativas e de imitação social.
3. pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos.
4. pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais.
5. ausência de resposta emocional a ações verbais e não-verbais de outras pessoas.
6. pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa.
7. ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.

c. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de **comportamento**, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos próximos seis itens:

1. obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse.
2. apego específico a objetos incomuns.
3. fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos.
4. hábitos motores estereotipados e repetitivos.
5. obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação.
6. ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente.

d. Anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos para que o diagnóstico seja feito.

Classificação Internacional de Doenças (CID-10) publicada pela Organização Mundial de Saúde (WHO - World Health Organization)

Sinais de alerta

O primeiro passo para ajudar as crianças autistas é identificar os sintomas desta doença. Esta identificação precoce poderá minimizar o sofrimento destas crianças e contribuir para um desenvolvimento mais eficaz. As crianças autistas revelam problemas ao nível da comunicação e do comportamento, assim como apresentam uma enorme dificuldade em relacionar-se com as restantes pessoas de uma forma normal.

Se encontrarmos 4 destas características ou comportamentos numa **criança**, em idade inadequada para os mesmos e de um modo persistente, deve ser lembrada a possibilidade de Autismo.

Por outro lado, se encontrarmos 7 destas características ou comportamentos, nas mesmas condições, o diagnóstico de Autismo deve ser seriamente considerado e a **criança** deve ser submetida a uma avaliação.

1. - Não se mistura com as outras crianças;
2. - Age como se fosse surdo;
3. - Resiste à aprendizagem;
4. - Não demonstra medo dos perigos reais;
5. - Resiste a mudanças de rotina;
6. - Usa as pessoas como ferramentas;
7. - Apresenta risos e movimentos pouco apropriados;
8. - Resiste ao contacto físico;
9. - Acentuada hiperactividade física;
10. - Não mantém contacto visual;
11. - Agarra-se demasiado a determinados objectos;
12. - Manipula e manobra objectos de uma forma peculiar;
13. - Por vezes apresenta problemas de agressividade;
14. - Comportamento indiferente e afastado.

Cheklis - Autismo

Esta lista serve como orientação para o diagnóstico, pois como regra os **indivíduos** com autismo apresentam pelo menos 50% das características mencionadas, contudo estes sintomas podem variar de intensidade ou com a idade.

- ▶ Dificuldade em juntar-se com outras pessoas.
- ▶ Insistência com gestos idênticos, resistência a mudar de rotina.
- ▶ Risos e sorrisos inapropriados.
- ▶ Não temer os perigos.
- ▶ Pouco contacto visual.
- ▶ Pequena resposta aos métodos normais de ensino.
- ▶ Brinquedos muitas vezes interrompidos.
- ▶ Aparente insensibilidade à dor.
- ▶ Ecolalia (repetição de palavras ou frases).
- ▶ Preferência por estar só; conduta reservada.
- ▶ Pode não querer abraços de carinho ou pode aconchegar-se carinhosamente.
- ▶ Faz girar os objectos.
- ▶ Hiper ou hipo actividade física.
- ▶ Aparenta angústia sem razão aparente.
- ▶ Não responde às ordens verbais; actua como se fosse surdo.
- ▶ Apego inapropriado a objectos.
- ▶ Habilidades motoras e actividades motoras finas desiguais.
- ▶ Dificuldade em expressar suas necessidades; emprega gestos ou sinais para os objectos em vez de usar palavras.

VIII - TRATAMENTO

A cura para o autismo não existe e o tratamento do autismo não se prende a uma única terapêutica. O uso de medicamentos, que antes desempenhava um papel fundamental e de grande importância no tratamento (devido à crença da relação do autismo com os quadros psicóticos do adulto), passa a ter uma função de apenas aliviar os sintomas do autista para que outras abordagens, como a reabilitação e a educação especial, possam ser adoptadas e tenham resultados eficazes.

Nas décadas de 50 e 60, as propostas de reabilitação substituem os modelos psicoterápicos de base analítica, quando a doença era considerada uma consequência de distúrbio afectivo. Esses modelos de reabilitação podiam então ser caracterizados como:

- Modificação de comportamento
- Terapia de "Holding"
- Aproximação directa do paciente
- Comunicação facilitada
- Técnicas de integração sensorial
- Treino auditivo

A verdade é que não existe um tratamento específico, mas sim muitas abordagens individualizadas e os resultados variam. Como exemplos de alguns tratamentos temos: psicoterapia individual, psicanálise, terapia familiar, modificação de comportamento, fonoaudiologia, educação especial, tratamentos residenciais, tratamento medicamentoso com drogas diversas (psicotrópicos, anti-convulsivantes, estimulantes cerebrais, vitaminas, ácido lisérgico), eletroconvulsoterapia, estimulação sensorial e isolamento sensorial.

Um método pode, às vezes funcionar para uma criança e não para outra, devido a factores como: variação da capacidade intelectual, compreensão e uso da linguagem, estágio de desenvolvimento, idade na época do tratamento, nível de desenvolvimento e personalidade, grau de gravidade da doença, clima e estrutura familiar, entre outros. Cada método terapêutico consegue melhorar um sintoma específico, mas não eliminá-lo por completo, por isso é preciso, sobretudo, adaptar cada método aos diversos problemas e fases, e sobretudo é extremamente importante que o plano seja realista. Por exemplo, no caso de um deficiente mental, uma psicanálise seria desastrosa, porém a psicoterapia funcionará, se for tido em conta o grau de atraso e a flexibilidade de adaptar técnicas diversas. É

como uma receita: tem de ser individualizada, adaptada às necessidades específicas e às limitações de cada organismo.

Algumas crianças apresentam linguagem comunicativa cedo e não sofrem atraso tão acentuado, são capazes de desenvolver uma personalidade organizada e complexa e uma vida activa de fantasia, por isso estas podem ser eficientemente trabalhadas por uma abordagem psicoterapêutica.

Sem dúvida que a eficácia do tratamento dependa da clareza e organização oferecidas, por exemplo a psicoterapia só é útil em poucos casos, melhorando apenas a capacidade de se relacionar e não alterando as suas deficiências básicas, cognitivas e linguísticas.

Trabalho Psicoterapêutico com os Pais

A evolução da história do tratamento prova cientificamente, que o autismo é uma condição inata, que consiste num comprometimento ou disfunção do sistema nervoso central, que interfere na capacidade da criança perceber correctamente o meio ambiente, e fazendo cair por terra o conceito de que os pais seriam os causadores deste síndrome, ou seja, que a doença seria psicogênita e induzida pela psicopatologia paterna.

Porém, ainda hoje, os pais na sua maioria sentem-se responsáveis pelo problema do seu filho, pelo que o aconselhamento aos pais é indispensável. No entanto, este apenas será eficiente se for no sentido de ajudar e orientar os pais a ultrapassarem as suas dificuldades no acompanhamento e nos cuidados a prestar ao seu filho, e também no sentido de aliviar a sensação de culpa e perda de auto-estima que estes pais desenvolvem.

Sem dúvida, que os pais se forem orientados correctamente e de forma construtiva, serão um grande trunfo no tratamento destas crianças.

Modificação do Comportamento

As técnicas de modificação de comportamento em crianças autistas utilizam estímulos positivos (um elogio ou um alimento), para induzir melhoras. São relatados vários sucessos, mas as melhoras obtidas são limitadas ao período de treino e a generalização não é tão ampla quanto a desejada.

Assim como a psicoterapia, a técnica de modificação de comportamento é apropriada para crianças com sintomas específicos e determinado nível de desenvolvimento. A criança pode ficar mais manejável, mais amena a cuidados gerais ou menos autodestrutiva. É uma maneira de tentar reduzir temporariamente

certos comportamentos indesejáveis e pode tornar mais fácil lidar com a criança, e isto, sem dúvida vale a pena, porém, deve-se enfatizar que uma criança ao se tornar mais maneável não se torna menos autista.

Fonoaudiologia

Merece maior atenção devido à grave deficiência de comunicação que as crianças autistas apresentam. O problema linguístico é primário, mas o seu tratamento não pode ser feito isoladamente, pois as tentativas de desenvolver a fala, através das técnicas de modificação de comportamento, têm sido infrutíferas.

Mesmo quando a criança se condiciona a usar certas palavras em resposta a determinados estímulos, apenas ocasionalmente usa a fala de maneira comunicativa, por isso o melhor caminho tem sido o de desenvolver planos globais, usando as técnicas disponíveis junto à fonoaudiologia para tentar desenvolver a capacidade de expressão e comunicação.

Terapia Ambiental ou Educação Especial

É a forma mais usada em países onde os recursos são maiores, consistindo numa combinação de técnicas e métodos, usados em psicoterapia, modificação de comportamento e fonoaudiologia. Muitos Centros de Tratamento utilizam o aconselhamento ou acompanhamento de pais directamente no tratamento de seus filhos, tendo como vantagem a de fugir das limitações de um só método terapêutico. A educação especial pode ser realizada em escolas comuns ou especializadas, clínicas ou centros residenciais.

Não existe nada que comprove ser melhor a separação destas crianças de seus pais, pois a participação destes parece benéfica, ainda que não traga resultados directos para os filhos, mas sentem que estão colaborando, o que lhes dá apoio, diminui ansiedades, traz conforto e alívio psicológico. No entanto, existem situações especiais em que é melhor separar a criança da família, mas estes são casos altamente individualizados, como o de uma criança gravemente comprometida que causa forte depressão na mãe, tornando-a incapaz de cuidar dos seus filhos normais.

Contudo colocar uma criança numa instituição traz dilemas e problemas emocionais, não sendo de minimizar a sensação dos pais é de que estão "abandonando ou rejeitando o filho", com enorme sensação de culpa.

Para que o afastamento dos pais seja benéfico, é fundamental que o profissional discuta o problema com detalhes e permita aos pais falarem sobre as suas preocupações. No entanto, se os pais lidarem bem com a situação, e isto ficar

claro durante a avaliação, não há necessidade de se remover a criança do ambiente familiar.

É indispensável ter sempre presente a importância da socialização da criança, melhorando o contacto com outras crianças da mesma escola e com os professores.

Tratamento Medicamentoso

Já foi tentado de tudo no tratamento de crianças autistas em matéria de medicamentos:

- sedativos;
- anti-histamínicos;
- estimulantes;
- tranquilizantes;
- anti-depressivos;
- psicotrópicos;
- anti-parkinsonianos;
- LSD, etc...

Nenhum dos tratamentos foi capaz de remover este ou aquele sintoma, porém, algumas foram capazes de diminuir ou alterar comportamentos.

Em crianças hiperactivas, inquietas ou demasiadamente ligadas a estímulos ambientais, o uso de medicação pode ajudar. Também podem utilizar-se psicofármacos em situações de agressividade, autodestruição ou convulsões. As principais drogas que podem ser utilizadas no tratamento são:

- Os neurolépticos, utilizados para reduzir os sintomas do autismo. Têm uma resposta em geral boa e consequente melhoria do aprendizado, embora possa apresentar efeitos colaterais como sedação excessiva, reacções distónicas (rigidez muscular), discinesia (alteração do movimento muscular) e efeitos parkinsonianos (tremor).
- As anfetaminas, utilizadas na tentativa de diminuir a hiperactividade e melhorar a atenção, mas têm como efeitos colaterais o aparecimento de excitação motora, a irritabilidade e a diminuição do apetite.
- Os Anti-opioides, utilizados no tratamento de dependência a drogas, têm como acção principalmente em quadros de auto-agressividade. Provoca tranquilização, diminuição da hiperactividade, da impulsividade, da repetição persistente de actos, palavras ou frases sem sentido (estereotipias) e da agressividade, causando como efeito colateral a hipo-actividade.

- A utilização de complexos vitamínicos como a Vitamina B6 associada ao Aspartato de Magnésio, bem como o uso de Ácido Fólico, embora descritos por diversos autores, apresenta aspectos e resultados conflitantes.

Outras Modalidades de Tratamento

Já foram tentadas também técnicas que visavam o contacto humano, estimular o vestibulo ou favorecer sensações, massagem e isolamento sensorial, e inclusive o eletro-choque, o que vem mostrar o desespero científico a que se chegou; porém, tudo sem resultados duradouros.

IX - INTERVENÇÃO EDUCATIVA

O diagnóstico e a intervenção precoce são aspectos importantes que, geralmente, se traduzem num prognóstico mais favorável. A partir dos três anos estas crianças devem ter um acompanhamento educativo ajustado às suas necessidades que, geralmente, dão ênfase ao desenvolvimento das competências sociais, de comunicação e cognitivas, assim como aos aspectos relacionados com a autonomia pessoal. Como os problemas de comunicação e comportamento interferem com a aprendizagem escolar pode ser necessário recorrer a um profissional com experiência e conhecimentos na área do autismo no sentido de colaborar na elaboração e implementação de um programa de treino comportamental em casa e na escola.

O ambiente escolar deve ser estruturado de tal forma que o programa a implementar seja consistente e previsível. Os alunos com Autismo e Distúrbio de Desenvolvimento Generalizado não especificado aprendem melhor e confundem menos se a informação lhes for apresentada de uma forma visual e verbal. Também é considerada importante a sua interacção com outras crianças já que lhes proporcionam modelos normativos de interacção social, comportamento e linguagem. Para ultrapassar o problema frequente da generalização das competências aprendidas na escola para outros contextos é importante desenvolver uma intervenção com a família para que as actividades e experiências de aprendizagem possam ser desenvolvidas no contexto familiar e da comunidade.

Recorrendo a programas educativos desenvolvidos para satisfazer as necessidades individuais de cada aluno e a serviços especializados de apoio é possível que alguns adultos com Autismo possam trabalhar e viver integrados profissional e socialmente na sua comunidade. Outros poderão necessitar de um acompanhamento de retaguarda e de supervisão para que a sua integração social seja plena.

De entre os modelos educacionais para os autistas, o mais importante, neste momento, é o método TEACCH, desenvolvido pela Universidade da Carolina do Norte, e que tem como postulados básicos na sua filosofia, os seguintes:

- a) Propiciar o desenvolvimento adequado e compatível com as potencialidades e a faixa etária do paciente.
- b) Funcionalidade (aquisição de habilidades que tenham função prática).
- c) Independência (desenvolvimento de capacidades que permitam maior autonomia possível).

d) Integração de prioridades entre família e programa, ou seja, objectivos a serem alcançados devem ser únicos e as estratégias adoptadas devem ser uniformes.

Dentro deste modelo, é estabelecido um plano terapêutico individual, onde é definida uma programação diária para a criança autista. O aprendiz parte de objectos concretos e passa gradativamente para modelos representativos e simbólicos, de acordo com as suas possibilidades.

Recomendações para o Processo Ensino-Aprendizagem

Como é sabido e regra geral, as crianças autistas apresentam dificuldades ao nível da comunicação e da socialização. O ensino inclusivo na escola regular deverá estar preparado para que os alunos com autismo e/ou com necessidades educativas especiais possam desenvolver-se como cidadãos, assim como deve estar preparado para que estes possam adquirir novas competências. Infelizmente, e devido às carências existentes na grande maioria das escolas regulares, por vezes, surge a necessidade de recorrer aos estabelecimentos de ensino especial.

Os professores reconhecem que aquele aluno “é diferente” sem que consigam apontar com clareza a natureza dessa diferença. Certo é que estes alunos podem ler com muita rapidez e correcção sem contudo compreender os conceitos implícitos num texto. As composições escritas são extremamente lacónicas, absolutamente factuais como se de um inventário se tratasse. As operações matemáticas são realizadas com extrema rapidez e facilidade mas o enunciado do problema não é compreendido.

Pode-se definir como objectivos prioritários da intervenção: a promoção do desenvolvimento global do aluno e de competências específicas; informar e auxiliar os encarregados de educação a implementar estratégias para melhor lidarem com o seu educando; informar/sensibilizar a escola e a comunidade em geral acerca das características destas crianças e jovens, no sentido de estabelecer parcerias que contribuam para a sua aprendizagem, adaptação e inclusão social.

Como tal é necessário que os professores, educadores e restante comunidade educativa estejam preparados para trabalhar com este tipo de alunos. Seria imperioso que se apostasse na formação e na sensibilização de toda a comunidade educativa e no apetrechamento das escolas, ao nível de recursos materiais, espaciais e humanos, assim como seria importante que estes alunos beneficiassem de uma equipa multidisciplinar que englobasse: professores, educadores, psicólogos, terapeutas, educadora/o social, entre outros – o trabalho

desenvolvido por estes técnicos deve de ser efectuado em equipa, ao nível da programação, aplicação e avaliação.

Para elevar o grau de sucesso o número de alunos por turma deveria ser reduzido, deveriam existir professores de apoio nas respectivas áreas ou disciplinas, a programação e a avaliação deveriam ser individuais no sentido de definir quais os comportamentos a modificar e quais as áreas a trabalhar, assim como para identificar melhor as aquisições e as dificuldades. Deveria ser elaborado um plano de intervenção adequado ao aluno de forma a possibilitar um tratamento personalizado e específico, satisfazendo as capacidades e o ritmo de cada um, havendo o cuidado das sessões de trabalho serem curtas e o aluno ser encorajado na realização das actividades propostas.

Os conceitos a abordar devem ser repetidos várias vezes e sempre da mesma maneira, contudo deve-se inovar e variar sempre que possível. Para que melhor se desenvolvam as capacidades do aluno, pode-se recorrer a áreas como: psicomotricidade, expressão musical, expressão dramática, informática, educação física, dança, expressão plástica, formação pessoal e social, actividades da vida diária, áreas vocacionais, entre outras... Estas áreas são importantes para auxiliar o aluno a desenvolver-se ao nível da expressão e socialização, para ultrapassar os comportamentos ritualistas e compulsivos, para elevar a auto-estima, assim como para proporcionar um desenvolvimento académico equilibrado e harmonioso.

Qualquer professor, educador, técnico ou encarregado de educação necessitará de bastante paciência para trabalhar com uma criança autista, devendo aceitar e reconhecer as suas "limitações" e respeitar a "lentidão" dos seus progressos, por isso dever-se-á trabalhar com a criança autista por etapas. Também, o contacto frequente dos encarregados de educação com a escola é de extrema importância para o desenvolvimento da criança, no sentido da sua participação activa no contacto e trabalho com a equipa multidisciplinar, de forma a obter informações acerca das evoluções e dificuldades do seu educando, conhecendo e colaborando em casa com o trabalho efectuado na escola.

Deverão ser desenvolvidas actividades em que a participação dos professores, educadores, técnicos e encarregados de educação seja uma realidade, trabalhando em conjunto no âmbito da socialização, da imitação, da motricidade, da linguagem, da coordenação, de forma a promover uma evolução significativa das capacidades do aluno.

Existem autistas com um QI baixo, normal e alguns são bastante inteligentes. É importante conhecer as aptidões e os interesses da criança, para aproveitá-los posteriormente, como instrumentos académicos, de modo a superar ao máximo as suas dificuldades.

Mas, infelizmente, o Autismo ainda origina alguns problemas que prejudicam o desenvolvimento e a integração das crianças e jovens com esta problemática, nomeadamente o desconhecimento por parte da sociedade das características básicas do Autismo, o que dificulta o seu diagnóstico, a ausência de locais especializados que ofereçam o tratamento e o apoio necessários e a carência de escolas onde estas crianças possam estar devidamente integradas. Estes factores tornam-se lamentáveis e prejudicam o desenvolvimento da criança autista, uma vez que estas crianças podem alcançar um bom nível de progresso se houver um diagnóstico precoce e um tratamento oportuno. O trabalho repetido e a estimulação contínua contribuirão para o progresso e evolução das capacidades da criança autista ao nível pessoal e social.

Em suma, há que procurar compreender os comportamentos autistas e estipular objectivos a atingir, estimulando e acompanhando a criança/jovem no seu processo de desenvolvimento e de aprendizagem e contribuindo para a sua integração plena na sociedade.

X – CONCLUSÃO

Sabe-se, hoje, que o autismo é uma doença extremamente debilitante, e que o comprometimento dos autistas é tão complexo, que é difícil propor um tratamento que seja plenamente satisfatório e que funcione em todos os casos.

O que parece verdadeiro e indiscutível é que estas crianças são tão especiais que necessitam de uma equipa de profissionais de várias áreas que trabalhem conjuntamente para lhes proporcionar, a elas e aos seus familiares, uma convivência com o mundo mais fácil e proveitosa.

Embora, pareça que não há muito que se possa fazer para ajudá-las, sem dúvida que um trabalho de socialização é extremamente necessário e importante, pois por si só já provoca muitas mudanças no seu comportamento.

É certo que na comunidade científica, ainda não existe um consenso generalizado, por isso alguns defendem que se deveria deixá-las no seu "mundo particular", pois na maior parte do tempo, estas crianças aparentam estar felizes, mas parece que este é somente um meio de negar a responsabilidade de toda uma sociedade frente a estes pequenos prisioneiros dos seus próprios corpos e das suas famílias, tão aflitas por um restinho de esperança.

XI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Schwartzman, J. S.; Assumpção Jr. F.B. - Autismo Infantil. Mennon Eds.; São Paulo, 1995.

Assumpção Jr. F.B. - Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil. Lemos Ed., São Paulo; 1997.

Gauderer, C. - Autismo, década de 80. Sarvier, São Paulo; 1985.

Gauderer, E. C. (1993). Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento - uma atualização para os que actuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE.

Glat, R. (1998). Capacitação de professores: primeiro passo para uma Educação Inclusiva. In: Tanaka; N. N. & E. M. Shimazaki. (Org.). *Perspectivas multidisciplinares em Educação Inclusiva*. Londrina: EDUEL.

Magalhães, E. F. C. B. (1999). *Viver a igualdade na diferença: a formação de educadores visando à inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais no ensino regular*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Mendes, E. G. (2002). *Desafios atuais na formação do professor em Educação Especial*. In: Revista Integração. vol. 24, ano 14; (pp 12-17). Brasília: MEC / SEESP.

Omote, S. (1996). *Deficiência e não Deficiência: Recortes do Mesmo Tecido*. Revista Brasileira de Educação Especial. pp. 60-75.

Schwartzman, J. S. (1993). Síndrome de Asperguer. Em: Gauderer, E. C. *Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento - uma atualização para os que actuam na área: do especialista aos pais*. (pp 170-173). Brasília: CORDE.

UNESCO. (1997). *Declaração de Salamanca e linha de acção sobre necessidades educativas especiais* (trad. Edilson Alkmim da Cunha). Brasília: CORDE.