

AUTISMO: Propostas de Intervenção

Paula Borges Locatelli¹

Mariana Fernandes Ramos dos Santos²

Resumo: O autismo é um transtorno comportamental que cursa como transtorno de desenvolvimento causando prejuízos cognitivos e se caracteriza por alterações de sociabilidade, linguagem e de atividades imaginativas expressa em comportamentos repetitivos. Algumas características podem indicar a existência do transtorno já entre o primeiro e terceiro ano de vida da criança. Assim, o presente estudo aborda o autismo, dando ênfase aos métodos de intervenção com as crianças autistas. Para tanto utilizou-se a pesquisa bibliográfica a partir de artigos científicos, jornais, revistas e materiais disponíveis na Internet que versam sobre o tema em questão. Apoiando em uma análise com intuito de compreender o autismo e mostrar os benefícios que uma intervenção do profissional de psicologia pode trazer para o bem estar do autista.

Palavras-chave: Autismo. Intervenção. Psicólogo

Introdução

Este artigo aborda o autismo e traz como questão problema: a implicação do profissional psicólogo na intervenção com o sujeito autista?

Tendo como objetivo principal compreender as terapêuticas no Autismo utilizadas como ferramentas pelo Psicólogo. Assim, o primeiro capítulo aborda o autismo, apresentando suas características, bem como as características clínicas e critérios de diagnóstico do espectro. No segundo capítulo apresentam-se os principais métodos de tratamento com pessoas autistas: ABA, PECS, SON RISE e TEACCH. E no terceiro capítulo apresenta-se um estudo de caso, titularizado “Família e Autismo”, relata o caso de um menino de 4 anos de idade, o qual foi diagnosticado com espectro autista quando tinha 2 anos de idade, mostrando como é importante a intervenção precoce.

A relevância desse estudo está ao despertar a atenção para a questão do autismo, na tentativa de mostrar que mesmo não tendo cura, mas com o apoio da família e a intervenção do profissional especializado pode, significativamente,

¹ Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ) – Itaperuna-RJ. E-mail: pauliinh@hotmai.com.

² Professora do Curso de Psicologia do UNIFSJ. Neuropsicóloga. Psicóloga Clínica. E-mail: marineuropsi@hotmai.com

melhorar a vida do autista e, com isso, a compensação certa ao longo do tempo para a família.

1 O Autismo

1.1 Caracterizando o Autismo

O autismo, inicialmente, foi descrito por Leo Kanner (1943), como Síndrome Comportamental que se manifesta nos primeiros anos de vida.

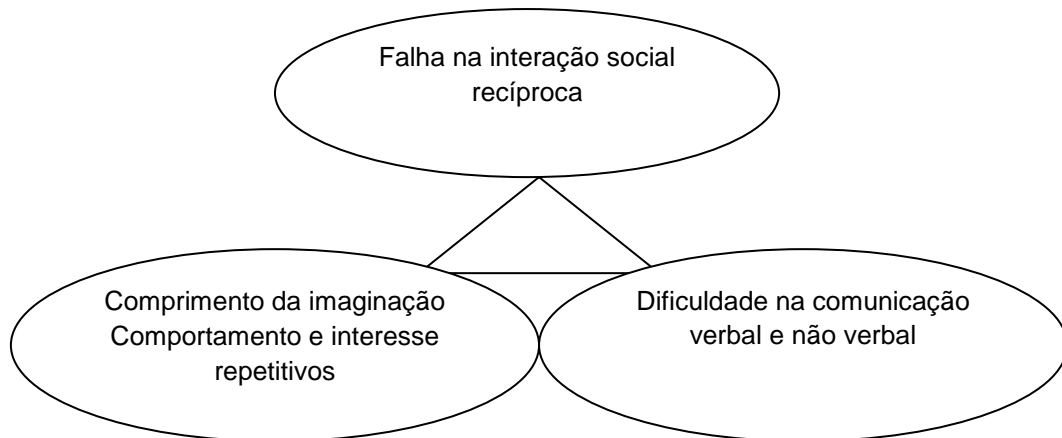
O primeiro paciente observado por Leo Kanner foi em 1938. Durante seu trabalho foram descritas onze crianças, entre meninas e meninos. A partir desse momento o autismo passou a ser estudado por diversos pesquisadores, com mais frequência. Tendo seu conceito ampliado e, atualmente, admitem-se diversos graus do autismo (SCHWARTZMAN, 2010).

Inicialmente, o indivíduo era considerado autista pelo o grave comportamento para a vida cotidiana, devido as poucas pesquisas sobre o assunto. O autismo ficou, mundialmente, conhecido através do filme “meu filho, meu mundo”, em 1979, reprisado por diversas vezes na televisão.

Com os anos o conceito de autismo sofreu diversas modificações. Mas, ainda recebe os mais variados diagnósticos médicos, indo desde o transtorno obsessivo-compulsivo, personalidade esquizóide, esquizofrenia, transtornos de humor, até, deficiência mental isolada. Mesmo assim, hoje, o quadro clínico do autismo é bem definido e caracterizado como um conjunto de sintomas e dificuldades, manifestando-se comprometimento do relacionamento social, por comportamento repetitivo, por dificuldades de linguagem, além da persistência em determinadas rotinas não funcionais (STELZER, 2010).

Wing e Gould (1979) classificaram esses sintomas em 3 grupos denominados como tripé dos sintomas autísticos.

Tripé do Espectro Autístico



Fonte: Elaboração da Aluna (2015)

Stelzer (2010, p. 7) explica que:

O termo tem origem no grego: “autos” que significa “próprio” (ZAFEIRIOU et al., 2007). Clemens Benda (apud BENDER, 1959) destaca que o termo “idiotia”, de origem grega tem o mesmo significado de “autismo”, de origem latina, descrevendo uma pessoa que vive em seu próprio mundo, uma pessoa fechada ou reclusa.

Anteriormente, o autismo estava ligado a fatores psicológicos e que os pais eram responsáveis por esse quadro clínico. Na época afirmava que o autismo era causado devido o comportamento frio e obsessivo dos pais em relação aos filhos. No entanto, essa hipótese foi afastada pela literatura médica, e como citado acima, atualmente, o autismo é considerado como uma desordem neurológica. Dessa forma, mesmo não existindo uma explicação completa, apenas evidências incontestáveis, o autismo é considerado um distúrbio de desenvolvimento, causado por condições genéticas e ambientais, que na verdade não é uma condição só, ou seja, a neurobiologia do autismo não está relacionada a um problema psicológico, mas sim biológico.

Em entrevista realizada o Neuropediatra Salomão Schwartzman (2010) afirma que essas condições são bastante comuns e ao contrário do que se imagina estão presentes em vários locais, exemplificando a escola, o ambiente de trabalho, etc. Tendo em vista o leque de gravidade de conjunto de autismo, pela enorme variedade que ele tem, se você entrar numa sala cheia de pessoas portadores da

síndrome do autista, ficará surpreso com a variedade de características que eles apresentam, muitas em diversos graus.

Nesse sentido, Wing e Gould (1979) explicam que o comprometimento é de diferente intensidade para cada pessoa, ou seja, um indivíduo pode ter comprometimento mais intenso de sociabilidade do que comunicação. No entanto, é necessário que exista o comprometimento nos três pés do tripé descrito por Wing e Gould (1979).

Segundo Gauderer (1997) apud SANTOS (2015, p.13) define o autismo:

Como sendo uma inadequacidade no desenvolvimento que se manifestade maneira grave, durante toda a vida. Atribui ao aparecimento do autismo aos três primeiros anos de vida, sendo uma enfermidade encontrada em todo mundo e em famílias de toda configuração racial, étnica e social.

Assim, as características primordiais do autismo são o prejuízo na comunicação, prejuízo na interação social e comportamentos repetitivos, sem muitos significados, que muitos parecem ficar realizando sem uma finalidade muito clara. Exemplificando, pessoas com autismo têm atração por movimentos circulares, podem passar hora fascinada com o giro de um catavento ou de um ventilador.

Assim, pode-se afirmar que o autista é um indivíduo metódico, o “mundo” do autista é aquele que não se modifica, qualquer variação do seu “mundo” lhe traz ao extremo desconforto. Frequentemente são intolerantes à determinados sons, é uma reação desproporcional.

O indivíduo com transtorno de desenvolvimento autista apresenta uma enorme dificuldade de interação social. Para ele o olhar dos outros, os sons, os movimentos e o “falatório” provocam um “curto circuito” que as vezes deixam inseguros e desorientados.

No autismo existe uma dificuldade grande de perceber sutileza e linguagem, de decifrar gestos, movimentos e intenções nas expressões faciais das outras pessoas. Eles levam tudo ao pé da letra.

Talvez, uma característica mais integrante do autista, nos mais variados aspectos, seja a questão do olhar, para demonstrar o afeto usa-se vários canais, exemplificando toque físico, tato visual, no entanto, o autista não tem essas habilidades, não gosta do contato, seja físico ou visual, o que lhe causa enorme desconforto.

1.2 Características Clínica: CID e DSM

Em termos de classificação, desde a descrição do autismo houve inúmeras categorias de classificação. Mundialmente, os sistemas utilizados para a classificação e diagnóstico são CID (Classificação Internacional de Doenças) e DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria).

As primeiras classificações do autismo foram psicose e esquizofrenia. A oitava revisão do CID incluía o autismo como esquizofrenia, sendo unificada a categoria de psicose infantil na nona revisão. Atualmente, o CID está na sua décima edição (CID – 10), incluindo o autismo como Transtornos Globais do Desenvolvimento, havendo concordância com os DSM III e o DSM III-R. No entanto, o DSM-IV incluía o autismo como Transtorno integrante ao agrupamento de Transtorno Invasivos do Desenvolvimento (BOSA e COL, 2002).

Bosa e Col. (2002 *apud* SANTOS, 2015, p. 15) afirmam que

O Autismo hoje é visto como nos mostra dentro das classificações atuais, como comprometimento de três áreas principais: Alterações qualitativas das interações sociais recíprocas, modalidades de comunicação, interesses e atividades restritos, estereotipados e repetitivos.

O autismo é caracterizado pelos desvios qualitativos de comprometimento dos três grupos do tripé, tais como interação, comunicação e uso imaginário, estando presente desde os primeiros anos de vida das crianças. Nesse sentido, Melo (2004 *apud* SANTOS, 2015, p. 15) explica que estas alterações surgem “[...] tipicamente antes dos três anos de idade”.

Como mencionado, o comprometimento é de diferente intensidade para cada grupo, ou seja, um indivíduo pode ter comprometimento mais interno de interação do que comunicação. No entanto, é necessário que exista o comprometimento nos três pés do tripé descrito por Wing e Gould (1979).

1.3 Critérios de Diagnóstico

Tendo em vista que o autismo é definido por um conjunto de comportamento que variam em grau e gravidade, não existe um exame complementar capaz de

afirmar o diagnóstico do autismo, apenas dados clínicos, levando em consideração histórias e observação do comportamento. Os exames disponíveis apenas permitem detectar doenças associadas ao autismo.

Inicialmente, o diagnóstico parte da observação direta de comportamento feita pelos pais e família, encaminhando a criança a um especialista.

Segundo AMA (2015) devido os sintomas estarem presentes antes dos 3 anos de idade, dependendo da gravidade do comprometimento, torna possível fazer o diagnóstico por volta dos 18 meses de idade.

O diagnóstico precoce do autismo torna-se importante para que haja um direcionamento do mesmo ao tratamento mais adequado as suas necessidades, fazendo toda a diferença.

Para SANTOS (2015, p. 39) “[...] temos que pensar que o diagnóstico de autista está extremamente vinculado com o rótulo de incomunicabilidade, restringindo esse autista ao contato com o mundo, uma vez que esse não faz uso da linguagem verbal”.

Atualmente, existem inúmeras técnicas e terapias para estimular o desenvolvimento da área afetada, as quais serão utilizadas durante toda a sua vida. Para tanto, faz-se necessário um diagnóstico correto para que o tratamento comece na fase inicial do transtorno.

2 Métodos de Tratamento

A manifestação do autismo exige tantos cuidados que os familiares chegam ao desespero, todos passam a viver em função da criança, e em tempo integral. Família nenhuma está preparada para enfrentar essa realidade sem receber orientação especializada.

Cuidar de uma criança com autismo pode ser uma carga imensa, em certos casos o transtorno impõe certas limitações que um simples passeio no parque torna-se impraticável, ou seja, o dia a dia se torna sufocante. Os pais chegam a tomar atitudes super protetoras, sem querer começa a entrar na doença do filho e consequentemente, não aprende a forma correta de tentar evitar os comportamentos inadequados e inserir essa criança no mundo de maneira possível.

As alterações neurológicas do autismo são mal conhecidas e ainda não existe cura para este transtorno, contudo, existem inúmeras terapias que promete resultados, algumas sem comprovação científica.

Uma vez que o espectro do autismo vai daquele que nem consegue falar aos dotados de habilidades geniais, é necessário criar um sistema de comunicação em que participe especialistas de diversas áreas, tais como: psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, além de psiquiatria e neuropediatra; familiarizados com o problema.

A intervenção multidisciplinar se destaca por possibilitar, significativamente, a melhora na qualidade de vida do autista, respeitando o nível de desenvolvimento e particularidades de cada criança. Este tratamento consiste na orientação da família e no desenvolvimento da linguagem e comunicação da criança autista.

Deste modo, pretende-se apresentar os principais métodos de tratamento do autismo, mostrando que é possível tornar o nosso mundo mais acessível à eles.

2.1 ABA – Análise Aplicada do Comportamento

A terapia ABA vem de Applied Behavior Analysis, traduz-se Análise Aplicada do Comportamento (MELLO, 2004, *apud* SANTOS, 2015). Sendo uma terapia com diversas aplicações, principalmente, com crianças autistas. Compreende-se o sistema ABA como tratamento baseado em evidências, que tem mostrado resultado positivo para trabalhar com estas crianças.

O sistema ABA é diretivo, no sentido em que se desenvolvem as potencialidades das crianças, direcionando estas potencialidades por etapas para que ela seja cumprida de forma adequada. Sendo também um método de terapia lúdica, vez que aproveita o espaço para a criança brincar e as referências delas para ensinar, tornando a terapia prazerosa.

Santos (2015, p. 40) acrescenta que “cada habilidade é ensinada de forma individual, iniciada por uma indicação ou instrução, tendo o apoio quando necessário. O suporte deve ser retirado o mais rápido possível para que a criança não se torne dependente dele”.

De acordo com a AMA (2015, p. 1) existem inúmeras técnicas e métodos de ensino através do tratamento de Análise Aplicada do Comportamento que tem se

revelado útil do contexto de intervenção, tais como: “(a) tentativas discretas, (b) análise de tarefas, (c) ensino incidental, (d) análise funcional”.

Deste modo, o método de tratamento ABA constrói pré-requisitos para que a criança perceba o mundo de uma forma mais adequada e direciona as suas potencialidades para que a mesma utilize essa capacidade de aprender para realmente se tornar independente. Assim, o sistema ABA resgata essa potencialidade e transforma em comportamento adequado em habilidades efetivas.

2.2 PECS – Sistema de Comunicação por Figuras

O método de tratamento PECS nasce do termo Picture Exchange Communication System, traduz-se Sistema de Comunicação através de Troca de Figuras (MELLO, 2004, *apud* SANTOS, 2015, p. 40)

O PECS possibilita o desenvolvimento de habilidades de comunicação da criança autista, fazendo com que o autista conscientize que através da comunicação ela consiga, de certo modo, o que deseja, seja objeto, atenção dos pais, etc.

Segundo a AMA (2015, p. 1) o método PEC “é um método de comunicação alternativa através de troca de figuras, é uma ferramenta valiosa tanto na vida das pessoas com autismo que não desenvolvem a linguagem falada quanto na vida daquelas que apresentam dificuldades ou limitações na fala”.

O método PECS permite que a criança escolha a imagem que representa o objeto pretendido por ela e dar nas mãos do profissional para que o mesmo a entregue o objeto físico, permitindo que a criança se comunicar dentro do contexto social. O desenho pode ser linear em preto e branco ou colorido, apresentado através de fotografias, devendo estar ao alcance da criança em qualquer ambiente de sua casa, podendo, ainda, ser utilizado um feltro para prender a figura no quadro.

Segundo Santos e Souza (2015, p. 28) este método constitui de seis etapas sequenciais, sendo elas:

Fase 1: o intercambio físico – requer a presença de 2 terapeutas que devem evitar os incentivos verbais, respondendo como se a criança tivesse falado e organizado pelo menos 30 oportunidade diárias. Esta fase inclui o intercambio completamente assistido, o reforço gradual, a redução da pista da “mão aberta” e os inevitáveis problemas ao iniciar (irritação, falta de atenção, etc).

Fase 2: desenvolvendo a espontaneidade – inclui passos essenciais como permitir pequenas brincadeiras de 10 a 15 segundos com o objeto desejado ou que coma

parte do alimento. Deve-se aumentar a distancia entre a criança e o terapeuta, e posteriormente entre a criança e a fotografia.

Fase 3: discriminação de fotografias – apresentar inicialmente um objeto altamente desejável e um que ela não prefira, fornecendo o reforço desejado e tecendo elogios perante a opção correcta (continue até se obterem 8 a 10 resultados com sucesso), devendo ir-se acrescentando imagens e manipulando o valor do reforço das “não preferidas”, para que a criança aprenda a fazer escolhas. Nesta fase é essencial que se permutem as imagens no quadro de aprendizagem para que não haja rotinação, podendo ser acrescentado o título “ não desejado” em algum lugar entre as demais imagens.

Fase 4: estrutura da oração – aqui a criança já vai solicitar artigos presentes e não presentes utilizando uma frase constituída por várias palavras que observa num livro. O autista coloca uma imagem de “*Eu quero*” numa tira de velcro, depois coloca uma imagem do que deseja na fita e entrega toda a tira de velcro ao seu interlocutor. É igualmente importante que se criem oportunidades para que o autista solicite objetos que não estão à vista.

Fase 5: resposta a “o que queres?” – o autista poderá espontaneamente solicitar uma variedade de objetos e responder a esta questão. Inicialmente a questão é acompanhada pela presença visual da frase “*Eu quero*” no quadro de comunicação, para que posteriormente se vá aumentado o intervalo de atraso.

Fase 6: resposta e comentário – o autista responde de modo apropriado a questões como “O que queres?”, “O que tens?” e a outras perguntas semelhantes quando estas são feitas de maneiras aleatória.

Assim, o método PECS se apresenta como um método de tratamento por meio de materiais simples, acessíveis a todos, podendo ser desenvolvido em diversos contextos sociais por profissionais especializados e pelos próprios pais com conhecimento necessário para tanto.

2.3 Son Rise

Segundo Tolezani (2010, p. 1) “o programa é um eficiente método educacional para crianças com autismo, desenvolvido pelo The Autism Treatment Center of America, em Massachusetts, nos Estados Unidos, e tem sido aplicado em diversos países com excelentes resultados”.

Essa abordagem propõe a implementação de um programa domiciliar, ou seja, na própria casa do autista, tendo os pais como dirigentes do programa, visto que “o papel dos pais é essencial neste processo de tratamento” (TOLEZANI, 2010, p. 1), já que convivem com a criança no dia a dia, tem um vínculo afetivo e por conhecerem, o filho melhor do que ninguém.

Os pais recebem orientações práticas e atitudinais, de modo a conseguirem orientar voluntários que possam ajudá-los na execução. No entanto, este programa também exige a presença de profissionais justamente para que os pais possam oferecer um programa estruturado com suporte de uma equipe multidisciplinar com

psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, pedagogos, entre outros; além de uma estrutura de integração sensorial. Os profissionais tornam-se importantes devido os conhecimentos técnicos sobre desenvolvimento humano.

“No Programa Son-Rise, a aceitação da pessoa com autismo, associada a uma atitude positiva – de entusiasmo e esperança – em relação ao potencial de desenvolvimento desta pessoa, são princípios básicos para o tratamento” (TOLEZANI, 2010, p. 2).

Como abordado anteriormente, a principal dificuldade de uma pessoa com autismo é manter a interação social e construir relacionamento com os outros, sabendo disso o método Son Rise busca ajudar o autista a ter a motivação para se interessar pelo outro, pelo o que o outro faz, ou seja, inspira a criança a participar ativamente de relacionamentos sociais através de interações divertidas, espontâneas e dinâmicas.

Deste modo, esse método de tratamento é uma abordagem inter-relacional e lúdica. Priorizando o desenvolvimento social da criança, ou seja, desenvolver habilidades sociais, como contato visual, desenvolvimento de período maior, interação compartilhada, comunicação verbal e não verbal, flexibilidade para interagir.

O desenvolvimento social se torna importante, visto que quanto mais a criança com autismo interagir com o outro, mais ela irá aprender e mais irá se desenvolver. Então, quanto mais interação social o autista tiver mais desenvolvimento social, emocional e cognitivo ela terá e até mesmo o desenvolvimento sensório motor. Para isso deve ser construído um ambiente social onde é seguido os interesses e motivações da criança, assim como é ajustado a maneira de oferecer as informações, levando em conta as necessidades, os interesses e os estilos de aprendizagem da mesma.

Além disso, busca-se desenvolver as habilidades sociais a partir do estilo responsivo de interação, que consiste em buscar responder as comunicações da criança, haja visto que de alguma maneira a criança autista comunica, o que ela quer e o que não quer, através de gestos, olhar, expressão facial ou até mesmo se aproximando do objeto de interesse. Assim, busca celebrar essas iniciativas sociais e responder de modo a seguir de forma flexível o interesse da criança.

Então, oferece ações motivadoras baseadas no interesse do autista, no que ele está demonstrando no momento, pausadamente, no intuito de permitir que a criança continue tendo iniciativas para interagir. Desta forma, este método de tratamento estimula a criança a ser ativa na interação social e a estar motivada para interagir.

Tolezani (2010, p. 4) afirma que

O Programa Son-Rise promove oportunidades para que pais, profissionais e crianças construam, juntos, novas formas de se comunicarem e de interagirem, em que atividades motivacionais e lúdicas fornecem a base para o aprendizado social, emocional e cognitivo, para a autonomia e para a inclusão social.

O estímulo responsivo de interação é desenvolvido num ambiente de aprendizagem preparado especialmente onde as sessões aconteçam individualmente, realizada num ambiente com pouca distração visual e auditiva, no intuito de ajudar a criança a se concentrar na interação social e ajudar a filtrar estes estímulos de maneira que haja uma melhor integração social. Assim, este ambiente se revela como um ambiente de aprendizado otimizado que oferece suporte ao desenvolvimento e a transição gradual para ambientes externos.

No entanto, se atenta para o estado de disponibilidade para interação social, sendo: isolado, interessado e altamente conectado (SANTIAGO e TOLEZANI, 2011).

O estado isolado caracteriza o autismo, onde a criança fica absorta pela atividade, não há interação, a criança realiza atividades repetitivas. Através do método Son Rise a criança não é distraída, permitindo o isolamento, a não ser que este comportamento coloque em risco a saúde da criança ou outra pessoa, visto que a criança está fazendo o melhor que ela pode, acredita-se que há uma razão para este comportamento repetitivo.

Neste momento, entra os pais e os profissionais conectando a esta atividade, fazendo do mesmo jeito que a criança autista e ao mesmo tempo, visto que é uma maneira concreta de mostrar a aceitação e interesse pela criança, compartilhando da mesma atividade que ela, despertando, assim, o interesse da criança pelo próximo, fortalecendo o vínculo social.

A partir daí, aos poucos a criança irá mostrar um interesse por meio de contato visual, comunicação não verbal e verbal, contato físico, observação, mostrando que houve a interação do estado isolado para o interessado. A resposta a

este sinal ocorre através da celebração da iniciativa social da criança, tornando a interação mais divertida e fortalecendo os estímulos para maior conexão social (SANTIAGO e TOLEZANI, 2011).

Contudo, deve-se atentar para a resposta da criança àquilo que ela quer e não quer. Fortalecendo, assim, o relacionamento e a confiança, encorajando maior interação e inspirando as comunicações espontâneas.

No método Son Rise não há cobranças sobre a criança, não solicita atenção a criança acerca do que a pessoa está fazendo, permite apenas a espontaneidade da criança, que ela queira fazer. Assim, ocorre a alteração do estado interessado para o altamente conectado, a criança mostra-se empolgada na brincadeira e de alguma forma pede que o facilitador repita ou continue a ação. É neste momento, que o facilitador começa a cobrar da criança o contato visual, a comunicação, flexibilidade, participação física, habilidades cognitivas, de vida diária e motricidade. (SANTIAGO e TOLEZANI, 2011).

Neste método a solicitação não é apenas um comando ou um pedido, é um convite na forma de encorajar e inspirar o autista a se superar e fazer algo que naquele momento ainda é difícil para ela.

Assim, as atividades interativas são adaptadas para serem motivadoras e apropriadas ao estágio de desenvolvimento específico do autista, independente da sua idade.

2.4 TEACCH

O método de tratamento TEACCH, Treatment and Education of Autistic and Related Communication handicapped Children, que em português significa Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação (MELLO, 2004, *apud* SANTOS, 2015), foi fundado pelo Dr. Eric Schoppler em 1966, no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, Estados Unidos (GAUDERER, 1997).

É um método de tratamento psicoeducacional baseado em teorias fundamentadas em pesquisas, que visam a estruturação da vida da pessoa com autismo em todos os ambientes sociais. O método TEACCH preconiza uma

valorização com os pais, visto a necessidade de haver uma escuta da família, para se realizar uma parceria com orientações.

Preocupa-se com todas as etapas de vida da criança autista, trabalhando na busca de melhorar a qualidade de vida, a independência e a atuação na sociedade. Entendendo que cada pessoa com autismo é única, portanto, a intervenção no TEACCH é uma intervenção individualizada, ou seja, as técnicas e os procedimentos são aplicados de forma individualizada com cada criança.

Santos (2015, p. 42) explica que encontra-se “dentro do método de TEACCH o agrupamento das duas teorias acima. Ele condensa o arranjo do ambiente e trabalha com o mesmo na identificação dos estímulos atribuída ao ABA e a comunicação por imagens do PECS”.

Este método tem por base o entendimento das características cognitivas e aprendizagem distinta do autista. Inicialmente, é desenvolvido atividades através de imagens e cores, posteriormente, de acordo com o desenvolvimento da criança é inserido palavras, permitindo a aprendizagem através das imagens.

As etapas de desenvolvimento deste método evoluem de acordo com as respostas que a criança dar durante o procedimento, ou seja, conforme a evolução da criança em cada etapa, gradativamente aumenta-se a exigência por nova aprendizagem. Nesse sentido, Santos (2015, p. 44) pontua quatro níveis de desenvolvimento do autista durante o tratamento, sendo:

Nível 1: Quando a criança não consegue estabelecer igualdade entre objetos nem discriminar objetos quando solicitado. Para isso as atividades deverão ser organizadas com o apoio de objetos. Há a utilização de sistemas de trabalho em pranchas (todas as fases do sistema de trabalho deverão ser concretas: check-in, execução – pronto). Para se concretizar a fase é preciso facilidade de visualização e ênfase na motricidade permitindo atividades estruturadas como transferências e encaixes. De acordo com o objetivo.

Nível 2: Quando a criança já consegue estabelecer igualdade entre objetos concretos. Para isso as atividades deverão ser organizadas em sistemas de trabalho do tipo concreto (pranchas). Nesta fase o número de habilidades é maior, podendo a criança estabelecer: emparelhamento, seleção, seqüenciação, com o uso de objetos concretos. Todas as fases do sistema de trabalho deverão ser concretas (check –in - execução – pronto). Entretanto, os níveis de ajuda já começam a ser reduzidos, podendo variar da ajuda física parcial até a independência.

Nível 3: A criança já consegue identificar as figuras correspondentes aos objetos (correspondência imagem x objeto concreto). A as atividades poderão ser esquematizadas em sistemas de trabalho que visem o uso desta habilidade, como: emparelhamento, seleção, sobreposição, associação, seqüenciação, com o uso de imagens e objetos. Nesta fase situam-se alunos que respondem a ordens gestuais e verbais, que já podem iniciar treinamento no esquema de auto monitoramento, guiando-se pelos sistemas visuais.

Nível 4: A criança já consegue associar imagens idênticas e relacionadas (foto, pictograma ou figuras). Tais atividades poderão ser esquematizadas em sistemas de trabalho que visem o uso desta habilidade, como: emparelhamento, seleção, sobreposição, associação, seqüenciação, com o uso de Imagens e códigos. Tais crianças adquirem maior de independência, já conseguem se beneficiar do auto-monitoramento, sendo o nível 4 correspondente ao maior nível de abstração e simbolismo, facilitando a alfabetização.

Sendo que cumprimento deste procedimento não se delimita através de idades ou outro tipo de caráter julgador. O que se determina o avanço de fases é a resposta do próprio indivíduo que através de aprendizagem por imitação consegue estabelecer uma estratégia para melhor comunicar-se.

Pondera o respeito à subjetividade da criança, visto que cada criança é única e possui níveis de desenvolvimento distintos.

Desta forma, diante do apresentado, observa-se que este método de tratamento mostra a amplitude do termo linguagem, ao se desenvolver por meio das diversas formas de comunicação, não necessariamente a comunicação verbal.

3 Estudo de Caso: Família e Autismo

Como abordado anteriormente, nenhuma família está preparada para ter um filho autista. Ao planejar um filho, o casal idealiza o filho “normal”, passa o período gestacional imaginando a cor dos olhos, tipo de cabelo, formato do nariz e boca, entre outras características físicas. Têm-se a noção da deficiência, mas não acreditam que isso irá acontecer com o seu filho, apenas com o filho do amigo, vizinho ou até mesmo parente.

Este fato pode está relacionado à idéia de que os filhos são a extensão dos pais e por estes não terem nenhuma patologia os filhos também não terão, pensamento errôneo este, de inferioridade (AMIRALIAN, 1986).

Hoje, a tecnologia avançou muito e com isso é possível descobrir antes mesmo do nascimento que a criança tem uma patologia, contudo em alguns casos essa notícia só vem após o nascimento. Independente do período, essa notícia é recebida como um choque, os pais não conseguem e não querem aceitar esta realidade. Deste modo, a relação diária torna-se um aprendizado.

Nesse capítulo será relatada a história um menino de quatro anos e meio de idade que nasceu na cidade de Itaperuna, no intuito de mostrar como o acompanhamento da família se faz de suma importância, bem como o tratamento especializado, pois auxiliam no processo de desenvolvimento das potencialidades

da criança. No final de 2009 a família descobriu que iria receber um novo membro, essa notícia foi recebida com muita alegria, pois seria o primeiro filho do casal. A alegria era contagiante. A partir desse momento começaram a planejar todos os detalhes à espera desse novo “ser”. Além dos preparativos com enxoval, com o quarto, houve as consultas mensais de pré-natal, exames e vacinas. Tudo corria bem, os exames não evidenciavam nenhuma patologia, no exame de ultrassonografia apontava uma menina, a família passou a esperar ansiosamente a princesa Laura.

Eis que chega o mês tão esperado, mês de agosto de 2010. Chega o dia do parto, que trouxe consigo uma surpresa, um menino. Na realidade a família esperava um menino, EBM. O erro no diagnóstico do gênero do bebê através do exame de ultrassonografia estava relacionado hipospádias, malformação congênita da uretra e do pênis, ou seja, o pênis do bebê nasceu colado na bolsa escrotal, que posteriormente fora corrigido através de uma simples cirurgia.

A mãe de EBM inicia um período complicado de sua vida, que requer atenção, por ter passado o período gestacional acreditando que estava gerando uma menina não conseguia aceitar o filho, com isso não permitia que a atenção estivesse voltada para o pequeno EBM, e entra no quadro de depressão. Após um período de tratamento com psicólogo começa a aceitar e demonstrar sentimento de amor pelo filho. EBM é um menino igual a todos os outros, a única diferença é a forma peculiar de se relacionar com o mundo que o cerca, mas nem sempre foi assim.

De acordo com relatos da família, EBM sempre foi um menino saudável, uma criança típica, tendo hábitos de uma criança normal, brincava, falava até um ano e oito meses de idade, a família não via nada de diferente aparentemente. Ao ingressar na escolinha em que sua mãe trabalha, EBM começa a dar indícios de individualidade, de repente passou a não falar mais e chorar quando queria alguma coisa, a própria mãe que percebe esse comportamento. Segundo ela dentro da sala de aula e no recreio EBM preferia ficar sozinho em um canto brincando com um único brinquedo enquanto as outras crianças interagiam.

A mãe, então, passou a observar e conversar com a família a respeito do comportamento de EBM, leu inúmeros artigos disponíveis na internet e revistas sobre distúrbio comportamental. Para ela o ápice foi na festa de aniversário de dois anos, onde EBM não interagiu praticamente com nada, em todo o momento só

queria ficar brincando com o tablet, não olhava para os convidados, nem mesmo brincava com as outras crianças que estavam presente na festa. A partir deste momento, a família resolveu levá-lo para fazer uma consulta com um neurologista na cidade de Juiz de Fora, de dez sintomas básicos do autismo ele se encaixava em cinco.

Segundo a mãe de EBM, “a família tinha 99% de certeza de que era autismo antes mesmo de receber o diagnóstico”, devido às leituras feitas anteriormente. Contudo, mesmo tendo a certeza do espectro autista, aceitar o diagnóstico é a parte mais difícil e dolorosa, “sendo um choque para toda a família, visto ser uma coisa que nenhuma família espera” e está realmente preparada para receber. “Durante um período eu como mãe vivi um momento de luto pela aceitação, só chorava, mas hoje em dia graças a Deus esse comportamento mudou”. Sendo preciso encontrar forças para buscar o profissional que iria trabalhar com EBM.

O tratamento começou dias após o diagnóstico, é um tratamento multidisciplinar que envolve: fonoaudiólogo, terapia ocupacional, integração sensorial, psicólogo e natação. Esses profissionais estão sempre discutindo o caso do EBM para saberem qual a melhor abordagem que irão fazer. EBM faz uso das medicações risperidona e ritalina.

Toda a família está entusiasmada com os resultados obtidos com tratamento da equipe multidisciplinar iniciado logo após o diagnóstico, houve uma melhora comportamental, EBM conseguiu melhorar significativamente seu convívio e a interação com as pessoas ao seu redor. A mãe acredita que eles estão no caminho certo, em alguns momentos são frustrantes, pois não é possível ainda uma conversa casual com ele, mas o sorriso, colocar pijama na hora de dormir, o afeto, o aconchego é igual “além de ser um presentão que Deus me deu na minha vida, é o meu anjo, meu companheiro e o meu maior amor”.

4 Considerações finais

Diante dessa pesquisa foi possível compreender que o Autismo é um transtorno do desenvolvimento, ou seja, aquele desenvolvimento neurológico que foge as regras esperadas. Se manifestando na dificuldade de socialização, comunicação e comportamento repetitivo.

O autista tem dificuldade de ir ao encontro do outro e também de receber outras crianças. O nosso universo é muito complicado para o autista, cheio de detalhes, por isso eles gostam de coisas muito mais simples, exemplificando brinquedos previsíveis, ou seja, a subjetividade é algo que deve ser levado em consideração.

O diagnóstico precoce torna de extrema importância tendo em vista o tratamento direcionado a atender as necessidade da pessoa autista. Sabe-se que o autismo se revela por inúmeros sintomas, contudo a dificuldade na fala e a falta de interação são os que despertam a atenção dos pais para este caso. A causa do espectro é genética, deste modo, o tratamento especializado está voltado a estimulação cerebral, visto que no caso do autismo os neurônios comunicam-se menos, por isso tem menos percepção da realidade e o acompanhamento do profissional em Psicologia se faz de sua importância dentro do contexto da equipe multidisciplinar.

O profissional em Psicologia deve conhecer todas as técnicas abordadas ao longo do artigo, PECS, Son Rise, etc, no entanto, o suporte à família e à preservação da subjetividade da pessoa é de primordial importância para qualquer prognóstico positivo. Desta forma, o autismo não pode ser visto como o rótulo de “inessibilidade”, deve se descobrir o que há dentro de cada criança, suas potencialidades e dificuldades para assim ressaltar a pessoa terapeuticamente, exercendo a função do profissional psicólogo frente a este desafio.

Referências

AMA. Associação Mão Amiga: Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas. **Tratamento**. Disponível em: <<http://www.ama.org.br/site/tratamento.html>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

AMIRALIAN, M. L. T. M. **Psicologia do excepcional**. São Paulo: EPU, 1986.

Classificação de Transtornos Mentais CID – X. Porto Alegre: Artmed, 1993.

KANNER, L. **Autistic Disturbances of Affective Contact**. *Nervous Child*, 2, 217-150, 1943.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM- IV. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTIAGO, J. A.; TOLEZANI, M. Encorajando a criança a desenvolver habilidades sociais no Programa Son-Rise. In.: **Revista Autismo: informação gerando ação.** São Paulo, ano 1, v. 1, p. 14-16, abril de 2011.

SANTOS, I. M. S. C. dos; SOUSA, P. M. L. de. **Como Intervir na Perturbação Autista.** Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0262.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2015.

SANTOS, M. F. R. dos. **Dialogando com o Autista.** 2015. Artigo não publicado.

SCHWARTZMAN, J. S. 1 em 110 crianças nascidas nos Estados Unidos está no espectro autístico. E aqui?. In: **Revista Autismo.** Ano I, nº 0, setembro de 2010.

STELZER, F. G. Uma pequena história do autismo. In: **Caderno Pandorga de Autismo**, vol. 1, junho 2010.

TOLEZANI, M. Son-Rise uma abordagem inovadora. In.: **Revista Autismo: informação gerando ação.** São Paulo, ano 1, nº 0, p. 8-10, setembro de 2010.

VARELLA, D. **Autismo (primeira parte).** 2011. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/crianca-2/autismo-primeira-parte/>>. Acesso em 09 mai. 2015.

WING, L.; GOULD, J. (1979) **Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification.** Journal of Autism and developmental Disorder. 9,11-29