

**Universidade Estadual de Campinas**

**Faculdade de Educação**

**Grazielle do Nascimento Sant'Ana**

**TRANSTORNOS INVASIVOS DE DESENVOLVIMENTO:**

**UMA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA**

**Campinas**

**2013**

**Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Educação**

**Grazielle do Nascimento Sant'Ana**

**TRANSTORNOS INVASIVOS DE DESENVOLVIMENTO:  
UMA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Educação da UNICAMP para a  
obtenção do título de licenciado em Pedagogia  
sob a orientação do Prof. Dr. Silvio Sanchez  
Ancízar Gamboa.

**Campinas**

**2013**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA  
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP**

Rosemary Passos – CRB-8ª/5751

Sa59t

Sant'Ana, Grazielle do Nascimento 1980-  
Transtornos invasivos de desenvolvimento: uma  
perspectiva pedagógica / Grazielle do Nascimento  
Sant'Ana. – Campinas, SP: [s.n.], 2013.

Orientador: Silvio Sanchez Ancízar Gamboa.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) –  
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Educação.

1. Deficiência mental. 2. Autismo. 3. Asperger,  
Síndrome de. 4. Educação. I. Sanchez Gamboa, Silvio  
Ancizar, 1949-. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Educação. III. Título.

13-088-BFE

Dedico este trabalho a minha família, que me levou a acreditar que nenhum sonho é impossível de se realizar e a todas as crianças Autistas, com Síndrome de Asperger, com Síndrome de Heller, com Síndrome de Rett e com Transtorno Invasivo de Desenvolvimento sem outra especificação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, a razão de tudo, sem Ele eu não teria chegado até aqui, aos meus pais Silas e Jaidete, por acreditarem em mim e pelo amor incondicional. Ao meu irmão Gláucio, pela paciência e pelo apoio nos momentos de incerteza, também pelas críticas, sempre muito construtivas. Aos meus amigos em Bauru e em Campinas, que compartilharam comigo suas experiências de vida contribuindo para que eu me tornasse uma pessoa melhor. Ao meu orientador, Prof. Dr. Silvio, que me acompanhou neste desafio. À minha segunda leitora Prof. Dra. Maria Teresa Eglér Mantoan por aceitar meu convite e pela generosidade ao analisar meu trabalho. E principalmente, às crianças da Enfermaria de Pediatria do Hospital das Clínicas da Unicamp, que fizeram de mim uma Pedagoga.

## **RESUMO**

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo lançar uma perspectiva pedagógica sobre os Transtornos invasivos de desenvolvimento partindo de uma análise detalhada das descobertas mais recentes na área da saúde e dos avanços no sentido de proporcionar às crianças autistas, com Síndrome de Asperger e outros transtornos relacionados qualidade de vida, uma perspectiva que vá além do senso comum e que relacione conceitos de saúde mental e de educação. Em busca de uma compreensão do papel do pedagogo na educação de uma criança com estes transtornos e como nós enquanto educadores podemos intervir para que estes educandos se tornem pessoas autônomas e propondo a ampliação dos estudos pedagógicos nesta área.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
SER OU NÃO SER? EIS A QUESTÃO.....	9
O QUE SÃO TRANSTORNOS INVASIVOS DE DESENVOLVIMENTO - (TID).....	13
DIAGNÓSTICOS E ESCALAS .....	30
POSSÍVEIS CAUSAS PARA OS TID .....	42
TRATAMENTOS .....	44
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DOS TID .....	49
ABORDAGENS EDUCACIONAIS .....	52
TID À LUZ DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NO QUE SE REFERE À EDUCAÇÃO.....	60
DAS TEORIAS PARA A PRÁTICA.....	66
O QUE NÓS PEDAGOGOS TEMOS A VER COM TUDO ISSO .....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	83
ANEXOS .....	92

## INTRODUÇÃO

Nicola Abbagnano em seu Dicionário de Filosofia traz um conceito do que é normal como sendo *algo que está em conformidade com a norma, aquilo que está em conformidade com um hábito, com um costume, com uma média aproximada ou matemática, ou com o equilíbrio físico ou psíquico*, também afirma que *embora as normas às quais se refere sejam obtidas de generalizações empíricas, são empregadas como critério de juízo e estabelecem uma 'normalidade'*.

Vivemos em uma sociedade que se habituou a estabelecer padrões para quase tudo, para o certo e o errado, para o que é considerado normal ou não, para uma infinidade de coisas que se analisarmos mais profundamente, não condizem com a realidade.

Quando se trata de educação, a padronização é ainda menos condizente com a realidade, pois embora enquanto educadores não reconheçamos publicamente que há um padrão do educando ideal, esta padronização existe. O educando ideal é aquele que aprende rapidamente, que não tem dúvidas, que tem um comportamento impecável, que tem uma ótima relação com os colegas e com o educador, é aquele que faz tudo o que o educador pede ou sugere, em outras palavras é alguém que não existe. Enquanto seres humanos, não parece lógico estabelecer padrões considerando que não existe e talvez jamais exista um ser humano exatamente igual a outro, todos são únicos. Diante disso, a escola deve estar preparada para receber e educar toda e qualquer criança, e toda criança tem o direito de frequentá-la, mas se ela irá ou não aprender, esta é outra questão.

A Educação Especial é uma modalidade de ensino complementar a formação de alunos com deficiência, transtornos invasivos de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Considerando que cada ser humano é essencialmente único, todos somos especiais. Logo, não parece correto utilizar este termo para definir a educação de

alunos com estas características e por isso não o utilizarei. Quando se trata de Transtornos Invasivos de Desenvolvimento (TID), a complexidade é ainda maior do que nas deficiências; eles não podem ser considerados pessoas com deficiência, já que todas as estruturas físicas e mentais estão presentes no indivíduo. Porém as estruturas mentais estariam em desordem, daí o nome transtorno. Embora os TID sejam considerados como doenças mentais, na maioria dos casos não são facilmente reconhecíveis, tampouco facilmente identificáveis e talvez esta seja uma das maiores causas das controvérsias que os cercam.

Não existem dados oficiais atualizados sobre a quantidade de casos de TID no Brasil., Apenas temos estimativas baseadas em dados de pesquisas médicas, que apontam um crescimento considerável no número de pessoas com os transtornos no mundo todo, a partir de 1970. A maioria das pesquisas sobre autismo está voltada para questões neuropsiquiátricas, psicoterapêuticas e médicas. Entretanto as pesquisas no âmbito educacional ainda têm muito a avançar no sentido de compreendê-lo melhor e de formar profissionais capacitados para lidar com crianças com TID não apenas nas instituições privadas de apoio, mas principalmente nas escolas públicas brasileiras. Apesar de avanços consideráveis, devidos à criação de leis que garantem a inclusão e a permanência de pessoas com TID nas escolas públicas brasileiras, ainda há muito que se fazer em termos de estudos e práticas pedagógicas que permitam pleno desenvolvimento dessas crianças para lhes garantir acesso real à educação pública de qualidade.

## 1- SER OU NÃO SER? EIS A QUESTÃO...

Meu interesse sobre o autismo ou mais especificamente sobre Transtornos Invasivos de Desenvolvimento (termos que até então desconhecia) teve início a partir de um exercício de autoconhecimento. De tentar responder a questões que todo ser humano em algum momento da vida faz a si mesmo: “Quem sou eu?”, “Porque sou assim?”, “Onde eu ‘me encaixo’ no mundo onde vivo?” E olhar pra si mesmo e compreender, quem realmente se é, não é um exercício simples, principalmente quando as respostas a estas questões fogem do padrão socialmente estabelecido de “normalidade”.

Aparentemente fui uma criança “normal”, comecei a falar aos sete meses de idade e a andar por volta do primeiro ano, o que já é considerado incomum. Entretanto o mais curioso é que sempre fui uma criança “distante da realidade”. Lembro-me que durante o Ensino Fundamental, a queixa mais comum das professoras em relação a mim, é que eu literalmente “me desligava” durante as aulas, aprendia algumas coisas com facilidade, enquanto outras, por mais que tentasse não me interessavam e não conseguia aprendê-las. Nunca fui uma pessoa com facilidade para estabelecer relacionamentos, embora até por volta dos dois anos de idade fosse uma criança razoavelmente sociável. Posteriormente, comecei a passar por longos períodos de isolamento. A ter dificuldades de olhar as pessoas nos olhos e ter uma aversão profunda a contato físico. Na adolescência acabei desenvolvendo comportamentos repetitivos e compulsivos. Foi na adolescência que descobri ter um quociente de inteligência muito acima da média, e que eu não tinha a menor ideia de como conviver ou lidar com isso. Passei um bom tempo de minha vida recebendo rótulos de antissocial e muitos outros que não convém mencionar e como alguém que não se encaixava nos “padrões” ditados pela sociedade. Minha família, porém, sempre lidou com o assunto com naturalidade, já que eu não era a única pessoa da família com essas características.

Após anos tentando me compreender e me aceitar como um ser humano único, em uma sociedade cruelmente homogeneizante, surgiu uma possibilidade: seria eu uma pessoa com Síndrome de Asperger ou Autista de Alta Funcionalidade em grau leve?

Talvez...

De acordo com os critérios de diagnóstico da Síndrome de Asperger e Autismo de Alta Funcionalidade, provavelmente sim. Mas como não existem exames capazes de diagnosticar precisamente, talvez eu nunca saiba. Ou talvez apenas queira exercer meu direito a não querer ser rotulada pelo que sou ou não sou capaz de fazer, porque isso diz muito pouco sobre quem realmente eu sou. Mas a questão é que, em algum momento da vida, muitas pessoas já passaram por este tipo de situação. Sendo assim, eu questiono: Seríamos todos autistas?

### **1.1- INQUIETAÇÕES DE UMA PEDAGOGA**

Enquanto educadora, uma coisa sempre me perturbou ao pensar em uma sala de aula: a expectativa de que os educandos absorvam um mesmo conteúdo de maneira uniforme em um mesmo período de tempo. Como isso é possível, se os alunos não são exatamente iguais? O educador é capaz de ensinar a todos da mesma forma e ao mesmo tempo? Diante dessas interrogações, é que surgem os rótulos: os “hiperativos”, os “alunos com déficit de atenção”, “os disléxicos”, os “alunos que não aprendem” etc. Talvez eles não sejam um problema, se educadores e educandos partirem do princípio de que cada um tem sua forma de aprender, mas principalmente, cada pessoa tem seu tempo, capacidade e interesses de aprendizagem.

A educação, a meu ver, deve ter como objetivo preparar as pessoas para a vida e, fazendo isso, reconhecer que a vida de todas as pessoas não é e nem será a mesma. Porque a educação nos aponta possibilidades, mas nós escolhemos os caminhos que queremos trilhar. E partindo desta elaboração, somos todos diferentes, únicos, e não podemos ser definidos

apenas por nossa capacidade de realizar algo ou por nossas limitações. Todo aluno é ele mesmo, com suas peculiaridades, necessidades.

Para educar uma criança é necessário conhecê-la, saber quem ela é, não para categorizá-la por sua maior ou menor habilidade para realizar algo, mas para apoiá-la na descoberta de quem ela quer ser. A escola e a família, a partir deste conhecimento tem mais condições de elaborar estratégias que permitam a uma pessoa descobrir e usufruir toda a sua potencialidade. Entretanto, qual o propósito de um processo educacional baseado em conteúdos que prepararam as pessoas para o trabalho mantendo-as distantes de ambos? Acredito que todo ser humano seja capaz de aprender, mas será que todos precisam realmente aprender as mesmas coisas da mesma forma? Educar deveria significar apontar possibilidades e não proporcionar o conhecimento de um mundo em que há padrões rígidos de comportamento, que devem ser observados e que, se não nos adaptamos a eles, podemos ser excluídos.

*A especificidade do sujeito que aprende não se restringe ao aspecto psicológico da aprendizagem, entendido como processos de funcionamento mental, mas tem que ver com valores, interesses, experiências, cultura, escolhas, rejeições, fins que encaminham internamente as suas ações físicas e/ou mentais, motivando-o a conhecer, a tomar consciência de si mesmo e do seu entorno. (MANTOAN, 2001, p.61)*

A educação vai muito além dos muros e dos conteúdos escola. Sendo assim, pode e deve ter objetivos diferenciados e mais abrangentes, que proporcionem um desenvolvimento do educando como ser humano que pensa, que age, que vive, e que trabalha. Mas também que sente, que tem suas virtudes e limitações e que está constantemente mudando, se desenvolvendo, se reinventando e aprendendo.

Os Transtornos Invasivos de Desenvolvimento (TID), são cercados de mistério, são inúmeras as teorias sobre suas causas, sintomas e diagnósticos, e embora utilizemos sempre o mesmo termo para defini-los. Diante disso, são considerados questões médicas psiquiátricas,

psicológicas, mas não costumam ser tratados como uma questão social, algo que precisa ser revisto.

## **2- O QUE SÃO TRANSTORNOS INVASIVOS DE DESENVOLVIMENTO - (TID)**

Embora tenhamos nos acostumado a definir como autismo todo e qualquer alteração de comportamento que fuja aos padrões aceitáveis pela sociedade como “normais”, os Transtornos Invasivos de Desenvolvimento, termo mais apropriado para tratar o assunto, não possuem uma única definição e não podem ser classificados da mesma forma. Faz-se então necessária e primordial, principalmente para os educadores, estabelecer uma diferenciação detalhada e minuciosa entre todos os TID.

De acordo com a classificação do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento ou Transtornos Globais de Desenvolvimento caracterizam-se por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. Os TID incluem:

- Autismo (o mais conhecido);
- Síndrome de Rett;
- Transtorno Desintegrativo da Infância (Síndrome de Heller);
- Autismo Atípico.

Todas as descrições e diagnósticos a seguir são baseados nas informações contidas nos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), principalmente no DSM IV-TR publicado em 2002, em sua versão revisada, a versão original foi publicada em 1994. Em maio de 2013 (após a finalização deste trabalho) foi publicado o DSM V, uma nova

versão deste manual, e muitas das informações aqui descritas já sofreram revisões ou alterações.

## 2.1 - Autismo

O Autismo é um Transtorno Invasivo de Desenvolvimento, entretanto pela complexidade de diagnóstico e por manifestar-se de formas distintas existe uma dificuldade considerável em se estabelecer um conceito preciso.

Em 1911 Eugen Bleuler, descreveu crianças esquizofrênicas que aparentemente viviam fora da realidade, submersas em suas vidas interiores como autistas (*autos*, em grego, si mesmo).

Em 1943, Léo Kanner, em seu artigo *Autistic disturbances of affective contact*, na revista *Nervous Children*, número 2, páginas 217-250, descreveu os casos de onze crianças que tinham em comum "um isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da mesmice", denominando-as de "autistas".

A definição da Autism Society of American ASA (1978), que no Brasil é conhecida por Associação Americana de Autismo é a que segue:

*O autismo é uma inadequacidade no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave por toda a vida. É incapacitante e aparece tipicamente nos três primeiros anos de vida. Acomete cerca de 20 entre cada 10 mil nascidos e é quatro vezes mais comum no sexo masculino do que no feminino. É encontrado em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica e social. Não se conseguiu até agora provar qualquer causa psicológica no meio ambiente dessas crianças que possa causar a doença.*

*Segundo a ASA - Autism Society of American (em português: Associação Americana de Autismo), os sintomas são causados por disfunções físicas do cérebro, verificados pela anamnese ou presentes no exame ou entrevista com o indivíduo. Incluem:*

*Distúrbios no ritmo de aparecimentos de habilidades físicas, sociais e linguísticas.*

*Reações anormais às sensações. As funções ou áreas mais afetadas são: visão, audição, tato, dor, equilíbrio, olfato, gustação e maneira de manter o corpo.*

*Fala e linguagem ausentes ou atrasadas. Certas áreas específicas do pensar, presentes ou não. Ritmo imaturo da fala, restrita compreensão de ideias. Uso de palavras sem associação com o significado.*

*Relacionamento anormal com os objetivos, eventos e pessoas. Respostas não apropriada a adultos e crianças. Objetos e brinquedos não usados de maneira devida. (GAUDERER, 1997, p.22)*

A Definição da - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) de 2000, frequentemente designada pela sigla CID, que significa: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD.

*Autismo infantil: Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por:*  
*a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos;*

*b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo: fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade).*

Segundo a Definição do DSM-IV-TR (2002) - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM):

*“O Transtorno Autista consiste na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo.”*

### **2.1.1 - Características e Transtornos Associados**

. Na maioria dos casos, nas características e transtornos associados ao Autismo existe um diagnóstico associado de deficiência intelectual, em geral na faixa moderada (QI de 35-50). Aproximadamente 75% das crianças com Transtorno Autista funcionam neste nível de deficiência intelectual. O perfil dessas costuma ser irregular, independentemente do nível

geral de inteligência (por ex., uma menina de quatro anos e meio com Transtorno Autista pode ser capaz de ler, isto é, apresenta hiperlexia). Em muitas crianças de funcionamento superior com Transtorno Autista, o nível de linguagem receptiva (isto é, compreensão da linguagem) está abaixo daquele da linguagem expressiva (por ex., vocabulário). Os indivíduos com Transtorno Autista podem apresentar uma gama de sintomas comportamentais, incluindo hiperatividade, desatenção, impulsividade, agressividade, comportamentos auto agressivos e, particularmente em crianças mais jovens, acessos de raiva. Respostas incomuns a estímulos sensoriais (por ex., alto limiar para a dor, hipersensibilidade aos sons ou a ser tocado, reações exageradas à luz ou a odores, fascinação com certos estímulos) podem ser observadas. Pode haver anormalidades na alimentação (por ex. limitação a poucos alimentos na dieta) ou no sono (por ex., despertares noturnos com balanço do corpo). Anormalidades do humor ou do afeto (por ex., risadinhas ou choro sem qualquer razão visível, uma aparente ausência de reação emocional) podem estar presentes. Pode haver ausência de medo em resposta a perigos reais e temor excessivo em resposta a objetos inofensivos. Uma variedade de comportamentos autolesivos podem estar presente (por ex., bater a cabeça ou morder os dedos, mãos ou pulsos).

Na adolescência e início da idade adulta, a pessoa com Transtorno Autista que tem capacidade intelectual para o *insight* pode tornar-se deprimida em resposta à percepção de seu sério comprometimento.

### **2.1.2 - Achados laboratoriais associados.**

Quando o Transtorno Autista está associado com uma condição médica geral, observam-se achados laboratoriais consistentes com a mesma. Existem relatos de diferenças de grupo com respeito a medições da atividade serotoninérgica, mas essas não são diagnósticas para Transtorno Autista. Os estudos de imagens podem ser anormais em alguns casos, mas

nenhum padrão específico foi claramente identificado. Anormalidades ao eletroencefalograma (EEG) são comuns, mesmo na ausência de transtornos convulsivos. Achados ao exame físico e condições médicas gerais estão associados.

Vários sintomas ou sinais neurológicos inespecíficos podem ser observados (por ex., reflexos primitivos, atraso no desenvolvimento da lateralidade manual) no Transtorno Autista. A condição por vezes é observada em associação com uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., encefalite, fenilcetonúria, esclerose tuberosa, síndrome do X frágil, anóxia durante o parto, rubéola materna). Convulsões podem desenvolver-se (particularmente na adolescência) em até 25% dos casos.

#### **2.1.4 - Características Específicas à Idade e ao Gênero**

A natureza do prejuízo na interação social pode mudar ao longo do tempo, no Transtorno Autista, podendo variar dependendo do nível de desenvolvimento do indivíduo. Em bebês, pode-se perceber a ausência de aninhamento, uma indiferença ou aversão à afeição ou contato físico, falta de contato visual direto, de respostas faciais ou de sorrisos sociais e uma ausência de resposta à voz dos pais. Como resultado, estes podem preocupar-se, inicialmente, com a possibilidade de a criança ser surda. As crianças pequenas com o transtorno podem tratar os adultos como se pudessem ser trocados por outros ou podem agarrar-se mecanicamente a uma pessoa específica. Ao longo do desenvolvimento, a criança pode deixar-se envolver passivamente em interações sociais e até mesmo interessar-se pela interação social. Entretanto, mesmo nesses casos, ela tende a tratar as outras pessoas de maneira incomum (por ex., esperar que as outras pessoas respondam a perguntas ritualizadas de maneira específica, ter pouco senso das limitações alheias e invasividade imprópria na interação social).

Em indivíduos mais velhos, as tarefas envolvendo a memória de longo prazo (por ex., horários de trens, datas históricas, fórmulas químicas ou recordação exata das letras de canções ouvidas há anos) podem ser excelentes, mas as informações tendem a ser repetidas vezes sem conta, não importando sua adequação ao contexto social. As taxas para o transtorno são quatro a cinco vezes superiores para o sexo masculino. Os indivíduos do sexo feminino com o transtorno estão mais propensas, entretanto, a apresentar um Retardo Mental mais severo.

### **2.1.5 - Prevalência**

Os estudos epidemiológicos sugerem taxas de Transtorno Autista de 2-5 casos por 10.000 indivíduos.

### **2.1.6 - Curso**

Por definição, o início do Transtorno Autista ocorre antes dos três anos de idade. Em alguns casos, os pais relatam sua preocupação com a criança desde o nascimento desta ou logo após, em vista de sua falta de interesse pela interação social. As manifestações do transtorno na primeira infância são mais sutis e mais difíceis de definir do que aquelas vistas após os dois anos. Em uns poucos casos, a criança pode ter-se desenvolvido normalmente durante o primeiro ano (ou até mesmo durante os dois primeiros anos) de vida. O Transtorno Autista segue um curso contínuo.

Em crianças em idade escolar e adolescentes, é comum haver progressos no desenvolvimento em algumas áreas (por ex., aumento do interesse pelo funcionamento social à medida que a criança chega à idade escolar). Alguns indivíduos se deterioram em termos comportamentais durante a adolescência, enquanto outros melhoram. As habilidades de linguagem (por ex., presença de fala comunicativa) e o nível intelectual geral são os mais

poderosos fatores relacionados ao prognóstico final. Os estudos disponíveis sobre o seguimento sugerem que apenas uma pequena percentagem dos indivíduos com o transtorno chegam a viver e trabalhar de modo independente, quando adultos. Em cerca de um terço dos casos, algum grau de independência parcial é possível. Os adultos com Transtorno Autista com o mais alto nível de funcionamento tipicamente continuam apresentando problemas na interação social e comunicação, juntamente com interesses e atividades acentuadamente restritos.

### **2.1.7 - Padrão Familiar**

O risco para Transtorno Autista é maior entre os irmãos de indivíduos com o transtorno.

### **2.1.8 - Diagnóstico Diferencial**

Períodos de regressão podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não são tão severos nem tão prolongados quanto no Transtorno Autista, que deve ser diferenciado de outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. O Transtorno de Rett difere do Transtorno Autista em sua proporção característica entre os sexos e padrões deficitários. O Transtorno de Rett tem sido diagnosticado apenas no sexo feminino, ao passo que o Transtorno Autista acomete muito mais frequentemente o sexo masculino. No Transtorno de Rett há um padrão característico de desaceleração do crescimento craniano, perda de habilidades manuais voluntárias adquiridas anteriormente e o aparecimento de marcha pouco coordenada ou movimentos do tronco. Particularmente durante os anos pré-escolares, indivíduos com Transtorno de Rett podem exibir dificuldades na interação social similares às aquelas observadas no Transtorno Autista, mas essas tendem a ser temporárias.

O Transtorno Autista difere do Transtorno Desintegrativo da Infância, que tem um padrão distinto de regressão seguindo-se a pelo menos dois anos de desenvolvimento normal. No Transtorno Autista, as anormalidades do desenvolvimento geralmente são percebidas já no primeiro ano de vida. Quando não se dispõe de informações sobre o desenvolvimento inicial ou quando não é possível documentar o período exigido de desenvolvimento normal, deve-se fazer o diagnóstico de Transtorno Autista.

O Transtorno de Asperger pode ser diferenciado do Transtorno Autista pela ausência de atraso no desenvolvimento da linguagem. O Transtorno de Asperger não é diagnosticado se são satisfeitos critérios para o Transtorno Autista. A Esquizofrenia com início na infância geralmente se desenvolve após alguns anos de desenvolvimento normal ou quase normal. Um diagnóstico adicional de Esquizofrenia pode ser feito se um indivíduo com Transtorno Autista desenvolve os aspectos característicos da Esquizofrenia com sintomas da fase ativa consistindo de delírios ou alucinações proeminentes, com duração de, pelo menos, um mês. No Mutismo Seletivo, a criança habitualmente exibe habilidades apropriadas de comunicação em certos contextos e não tem o prejuízo severo na interação social e os padrões restritos de comportamento associados com o Transtorno Autista. No Transtorno da Linguagem Expressiva e no Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva existe prejuízo da linguagem, mas este não está associado com a presença de um prejuízo qualitativo na interação social e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento. Às vezes pode ser difícil determinar se um diagnóstico adicional de Transtorno Autista está indicado em um indivíduo com Retardo Mental, especialmente se este é Severo ou Profundo.

Um diagnóstico adicional de Transtorno Autista é reservado àquelas situações nas quais existem déficits qualitativos nas habilidades sociais e comunicativas e os comportamentos específicos característicos do Transtorno Autista estão presentes.

Estereotípias motoras são características do Transtorno Autista; um diagnóstico adicional de Transtorno de Movimento Estereotipado não é dado quando esses são mais bem explicados como parte da apresentação do Transtorno Autista.

Entretanto o autismo (chamado autismo clássico) é apenas um dos transtornos invasivos de desenvolvimento. Embora geralmente a maioria destes transtornos sejam considerados autísticos, por possuírem características semelhantes, os diagnósticos são realizados de forma distinta.

## **2.2 - Transtorno Desintegrativo da Infância ou Síndrome de Heller**

O DSM IV-TR de 2002 classifica como Transtorno Desintegrativo da Infância uma regressão pronunciada em múltiplas áreas do funcionamento, após um período de pelo menos dois anos de desenvolvimento aparentemente normal. O desenvolvimento aparentemente normal é refletido por comunicação verbal e não verbal, relacionamentos sociais, jogos e comportamento adaptativo apropriados à idade. Após os primeiros dois anos de vida (mas antes dos 10 anos), a criança sofre uma perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas em pelo menos duas das seguintes áreas: linguagem expressiva ou receptiva, habilidades sociais ou comportamento adaptativo, controle intestinal ou vesical, jogos ou habilidades motoras. Os indivíduos com este transtorno exibem os déficits sociais e comunicativos e aspectos comportamentais geralmente observados no Transtorno Autista. Existe um prejuízo qualitativo na interação social e na comunicação e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades. A perturbação não é mais bem explicada por outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou por Esquizofrenia. Esta condição também é conhecida como síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa.

### **2.2.1 - Características e Transtornos Associados**

O Transtorno Desintegrativo da Infância em geral está associado com Retardo Mental Severo. Vários sintomas ou sinais neurológicos inespecíficos podem ser notados. Parece haver uma frequência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo. Embora a condição pareça ser consequência de algum agravo ao sistema nervoso central em desenvolvimento, nenhum mecanismo preciso foi identificado. A condição é observada, ocasionalmente, em associação com uma condição médica geral (por ex., leucodistrofia metacromática, doença de Schilder), que poderia explicar a regressão do desenvolvimento. Na maioria dos casos, entretanto, extensas investigações não revelaram esta condição. Os achados laboratoriais refletem quaisquer condições médicas gerais associadas.

### **2.2.2 - Prevalência**

Os dados epidemiológicos são limitados, mas o Transtorno Desintegrativo da Infância parece ser muito raro e muito menos comum que o Transtorno Autista. Embora estudos iniciais sugerissem uma distribuição igual entre os sexos, os dados mais recentes sugerem que a condição é mais comum no sexo masculino.

### **2.2.3 - Curso**

Por definição, o Transtorno Desintegrativo da Infância apenas pode ser diagnosticado se os sintomas forem precedidos por pelo menos dois anos de desenvolvimento normal e o início ocorrer antes dos 10 anos. Quando o período de desenvolvimento normal foi bastante prolongado (cinco anos ou mais), é particularmente importante realizar um exame físico e neurológico minucioso, para avaliar a presença de uma condição médica geral. Na maioria dos casos, o início dá-se entre os três e os quatro anos, podendo ser insidioso ou abrupto. Os

sinais premonitórios podem incluir aumento nos níveis de atividade, irritabilidade e ansiedade, seguidos por uma perda da fala e outras habilidades.

Geralmente, a perda de habilidades alcança um platô, após o qual pode ocorrer alguma melhora limitada, embora apenas raramente esta seja pronunciada. Em outros casos, especialmente quando o transtorno está associado com uma condição neurológica progressiva, a perda de habilidades é progressiva. O transtorno segue um curso contínuo e, na maioria dos casos, vitalício. As dificuldades sociais, comunicativas e comportamentais permanecem relativamente constantes durante toda a vida.

#### **2.2.4 - Diagnóstico Diferencial**

Períodos de regressão podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não tão severos ou prolongados quanto no Transtorno Desintegrativo da Infância. Este transtorno deve ser diferenciado de outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Em comparação com o Transtorno de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância caracteriza-se por uma perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas e uma maior probabilidade de Retardo Mental. No Transtorno de Asperger, não existe atraso no desenvolvimento da linguagem nem perda acentuada das habilidades próprias do desenvolvimento.

O Transtorno Desintegrativo da Infância deve ser diferenciado de uma demência com início durante a infância. A demência ocorre como consequência de efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano), enquanto o Transtorno Desintegrativo da Infância tipicamente ocorre na ausência de uma condição médica geral associada.

#### **2.2.5 - Critérios Diagnósticos para o Transtorno Desintegrativo da Infância**

A- Desenvolvimento aparentemente normal, pelo menos durante os dois primeiros anos após o nascimento, manifestado pela presença de comunicação verbal e não verbal, relacionamentos sociais, jogos e comportamento adaptativo apropriados à idade.

B- Perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas (antes dos 10 anos) em pelo menos duas das seguintes áreas:

- (1) linguagem expressiva ou receptiva
- (2) habilidades sociais ou comportamento adaptativo
- (3) controle intestinal ou vesical
- (4) jogos
- (5) habilidades motoras.

C - Anormalidades do funcionamento em pelo menos duas das seguintes áreas:

(1) prejuízo qualitativo na interação social (por ex., prejuízo nos comportamentos não verbais, fracasso para desenvolver relacionamentos com seus pares, falta de reciprocidade social ou emocional)

(2) prejuízos qualitativos na comunicação (por ex., atraso ou ausência de linguagem falada, incapacidade para iniciar ou manter uma conversação, uso estereotipado e repetitivo da linguagem, falta de jogos variados de faz-de-conta)

(3) padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, incluindo estereotípias motoras e maneirismos

D. A perturbação não é mais bem explicada por outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico ou por Esquizofrenia.

### **2.3 - Síndrome de Rett**

A Síndrome de Rett (SR) é considerada uma desordem neurológica de causa genética decorrente de mutações do gene MecP2, que atinge principalmente crianças do sexo feminino. Nos casos de crianças do sexo masculino, a doença ocorre de forma mais severa, acarretando morte nos primeiros meses de vida desenvolvendo grave comprometimento do sistema nervoso, mas muito diferente do que nas meninas.

Esta síndrome foi descrita pela primeira vez em 1966 pelo professor de pediatria austríaco Andréas Rett, em Viena.

### **2.3.1 - Características Diagnósticas**

As características diagnósticas essencial do Transtorno de Rett é o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros anos de vida.

Os indivíduos têm um período pré-natal perinatal aparentemente normal, com desenvolvimento psicomotor normal durante os cinco primeiros meses de vida. O perímetro cefálico ao nascer também está dentro dos limites normais. Entre os cinco e os 48 meses, o crescimento craniano se desacelera. Ocorre também, entre os cinco e os 30 meses de idade, uma perda das habilidades anteriormente adquiridas das mãos, com desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados característicos, que assemelham a torcer ou lavar as mãos. O interesse pelo ambiente social diminui nos primeiros anos após o início do transtorno, embora a interação social possa frequentemente se desenvolver mais tarde. Aparecem problemas na coordenação da marcha ou movimentos do tronco. Existe, também severo prejuízo do desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva, com severo retardo psicomotor.

### **2.3.2 - Características e Transtornos Associados**

O Transtorno de Rett está tipicamente associado com Retardo Mental Severo ou Profundo. Não existem achados laboratoriais específicos associados com este transtorno. Pode haver frequência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo em indivíduos com o transtorno. Foram relatadas anormalidades inespecíficas em imagens do cérebro.

### **2.3.3 - Prevalência**

Os dados são limitados, em sua maior parte, as séries casuísticas, e aparentemente o Transtorno de Rett é muito menos comum que o Transtorno Autista. A condição é relatada no sexo feminino.

### **2.3.4 - Curso**

O padrão de regressão do desenvolvimento é altamente distinto. O Transtorno de Rett tem seu início antes dos quatro anos, geralmente no primeiro ou segundo ano de vida. A duração do transtorno é vitalícia, sendo a perda das habilidades em geral persistente e progressiva. Na maior parte dos casos, a recuperação é bastante limitada. Embora alguns progressos muito modestos no desenvolvimento possam ser feitos e um interesse pela interação social possa ser observado quando os indivíduos ingressam em uma fase mais tardia da infância ou na adolescência. As dificuldades de comunicação e comportamento em geral permanecem relativamente constantes ao longo da vida.

### **2.3.5 - Diagnóstico Diferencial**

Períodos de regressão no desenvolvimento podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não tão severos ou prolongados quanto o Transtorno de Rett.

O Transtorno de Rett se difere do Transtorno Desintegrativo da infância e do Transtorno de Asperger em sua distribuição característica entre os sexos, início e padrão

deficitário. O Transtorno de Rett tem sido diagnosticado apenas no sexo feminino, enquanto no Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Asperger parecem ser mais comuns no sexo masculino. O início dos sintomas do Transtorno de Rett pode dar-se aos cinco meses de idade, enquanto o Transtorno Desintegrativo da Infância o período de desenvolvimento normal tipicamente é mais prolongado (isto é, pelo menos até os dois anos de idade). No Transtorno de Rett, existe um padrão característico de desaceleração do crescimento craniano, perda de habilidades manuais voluntárias adquiridas anteriormente e aparecimento de marcha e movimentos incoordenados. Contrastando com o Transtorno de Asperger, o Transtorno de Rett caracteriza-se por um severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva.

### **2.3.6 Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Rett DSM IV-TR (2002)**

- (1) desenvolvimento pré-natal e perinatal aparentemente normal
  - (2) desenvolvimento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros cinco meses após o nascimento
  - (3) circunferência craniana normal ao nascer
- B. Início de todas as seguintes características após o período de desenvolvimento normal:
- (1) desaceleração do crescimento craniano entre os cinco e os 48 meses de idade
  - (2) perda de habilidades manuais voluntárias anteriormente adquiridas entre os cinco e os 30 meses de idade, com o desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados das mãos (por ex., gestos como torcer ou lavar as mãos)
  - (3) perda do envolvimento social ocorre precocemente no curso do transtorno (embora em geral a interação social se desenvolva posteriormente).

(4) aparecimento de marcha ou movimentos do tronco fracamente coordenados.

(5) desenvolvimento das linguagens expressiva ou receptiva severamente prejudicado, com severo retardo psicomotor.

#### **2.4 - Síndrome de Asperger e Autismo de Alta Funcionalidade**

A chamada Síndrome de Asperger (SA), transtorno de Asperger ou desordem de Asperger é uma síndrome do espectro autista, diferenciando-se do autismo clássico por não comportar nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo. A validade do diagnóstico de SA como condição distinta do autismo é incerta, tendo sido proposta a sua eliminação do "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" (DSM), sendo fundida com o autismo.

*Os melhores estudos que têm sido conduzidos até agora sugerem que SA é consideravelmente mais comum que o Autismo clássico. Enquanto que o Autismo tem tradicionalmente sido encontrado à taxa de quatro a cada 10.000 crianças, estima-se que a Síndrome de Asperger esteja na faixa de 20 a 25 por 10.000. isto significa que para cada caso de Autismo, as escolas devem esperar encontrar diversas crianças com o quadro SA. (BAUER, 1995)*

O Autismo de Alta Funcionalidade atinge uma extremidade do espectro TEA. Os sinais e sintomas são menos graves do que com outras formas de autismo. Na verdade, uma pessoa com autismo de alto funcionamento normalmente tem média ou inteligência acima da média. As diferenças de outras formas de autismo levaram muitos psiquiatras a considerar autismo de alta funcionalidade como semelhante a ou igual à Síndrome de Asperger.

O National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), parte do National Institute of Health, define como a Síndrome de Asperger Uma desordem do desenvolvimento que se caracteriza por:

- rotinas repetitivas ou rituais,
- peculiaridades na fala e linguagem, tais como falar de forma excessivamente formal ou de forma monótona, ou usando literalmente, figuras de expressão,
- comportamento social e emocional inadequados e a incapacidade de interagir de forma bem sucedida com os colegas,
- problemas com a comunicação não-verbal, incluindo o uso restrito de gesticulações, expressões faciais limitadas ou inadequadas ou um peculiar, olhar fixo,
- falta de jeito e movimentos motores descoordenados. (AUSTISM SPEAKS, 2010, p. 08)

## 2.5 - Transtorno Invasivo de Desenvolvimento sem outra especificação

De acordo com O DSV IV-TR, publicado em 2002, esta categoria deve ser utilizada quando houver prejuízo severo na interação social e habilidades de comunicação verbal ou não verbal, e comportamentos estereotipados estiverem presentes. Porém não são satisfeitos os critérios para diagnóstico para um transtorno invasivo de desenvolvimento específico, Esquizofrenia, Transtorno de Personalidade Esquizotípica ou Transtorno da Personalidade Esquiva. Esta categoria inclui, por exemplo, o “Autismo Atípico” – apresentações que não satisfazem os critérios para Transtorno Autista em vista da idade tardia de seu início, apresentações com sintomatologia atípica, sintomatologia subliminar ou todas acima.

### 3- DIAGNÓSTICOS E ESCALAS

As pesquisas relacionadas ao autismo infantil em geral tem avançado consideravelmente, entretanto, uma das características ainda muito marcantes é que se sabe muito pouco sobre o assunto, como afirma a psicóloga e psicoterapeuta francesa Marie Dominique Amy (2001). Mesmo com os avanços nos métodos de investigação, os pesquisadores são unânimes em reconhecer que as origens do autismo infantil e suas causas ainda são desconhecidas.

Não há exames específicos para detectar o autismo precocemente. Diante da dificuldade de se estabelecer diagnósticos precisos foram desenvolvidas escalas que estabelecem diagnósticos baseados na análise comportamental.

*Infelizmente não existe ainda um exame de sangue ou um teste que possa ser feito para se diagnosticar o autismo durante a gestação ou após o nascimento. Então, este diagnóstico sim é comportamental, a causa não (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). Seus maiores déficits apresentam-se nas áreas de socialização, comunicação e imaginação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980), e sabemos que quanto antes diagnosticada, há muito mais chances de progressos. A doença manifesta-se geralmente durante os três primeiros anos de vida. (DSM IV-TR,2002)*

O diagnóstico do autismo e de outros Transtornos Invasivos de Desenvolvimento requer profissionais especializados para fazer uma análise detalhada e rigorosa relacionando sintomas com escalas preestabelecidas internacionalmente como referência.

*A avaliação de indivíduos autistas requer uma equipe multidisciplinar e o uso de escalas objetivas. Técnicas estruturadas existem e devem ser utilizadas para a avaliação tanto do comportamento social das crianças (atenção conjunta, contato visual, expressão facial de afeto) quanto da sua capacidade de imitação. (GADIA CA et alii, 2004, p.4)*

Cada escala considera um conjunto de sintomas de acordo com os critérios estabelecidos pelo CID-10 e do DSM-IV e os compara com o desenvolvimento e o comportamento esperado para crianças de uma determinada idade.

De acordo com a pesquisa realizada e traduzida por Vinícius Aguiar em agosto de 2009 e divulgada através da Associação de Amigos do Autista (AMA), as escalas mais utilizadas atualmente são:

### **3.1 - ADI-R**

ADI-R é a sigla para Autism Diagnostic Interview-Revised ou Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada. Trata-se de uma entrevista diagnóstica semiestruturada concebida para ser aplicada no principal cuidador da criança com hipótese de transtorno global do desenvolvimento (TGD). Tem o objetivo de fornecer uma avaliação ao longo da vida de uma série de comportamentos relevantes para o diagnóstico diferencial de TGD em indivíduos a partir dos cinco anos até o início da idade adulta e com idade mental a partir dos dois anos de idade.

O instrumento passou por uma revisão em 1994. Na revisão, o instrumento foi reorganizado, abreviado e modificado de forma a ser adequado na avaliação de crianças com idade mental de 18 meses até a idade adulta e aumentou a equivalência com os critérios do CID-10 e do DSM-IV.

A ADI-R é composta por cinco seções: perguntas introdutórias; questões sobre comunicação (inicial e atual); sobre desenvolvimento social e o brincar (novamente inicial e atual); investigação sobre comportamentos repetitivos e restritos (todos pontuados, tanto para os atuais como para os que sempre aconteceram), e um número reduzido de questões relativas a problemas de comportamento em geral. Devido à revisão, tornou-se possível que um

aplicador com uma prática relativa no instrumento o aplique em cerca de 1 hora e meia de entrevista, em cuidadores de crianças de 3 a 4 anos. Em crianças mais velhas, a entrevista pode ser um pouco mais longa.

A entrevista é focada em três áreas principais:

A. A qualidade da interação social recíproca (incluindo características como comportamento de saudação, compartilhamento de emoções, oferecendo e buscando conforto e o desenvolvimento de amizades intensas.

B. Comunicação e linguagem (incluindo características como uso social, qualidade da interação/troca durante a conversa, linguagem idiossincrática e modo de falar estereotipado.

C. Comportamentos repetitivos, limitados e estereotipados (como preocupações incomuns, afeto inadequado, rituais e interesses sensoriais incomuns). Além das três principais áreas de investigação, a entrevista também abrange uma variedade de comportamentos que, embora tenham uma menor relevância para o diagnóstico, muitas vezes ocorrem em TGD e são importantes no planejamento do tratamento. Por exemplo, existem questões sobre autolesão, pica, hiperatividade e agressividade. Uma vez que a entrevista está preocupada com o diagnóstico diferencial de transtornos do desenvolvimento, uma investigação padronizada da história começa (depois de uma seção de orientando geral), com questionamentos sobre como e quando os pais pela primeira vez perceberam de que algo poderia estar errado com a criança, e sobre os principais marcos do desenvolvimento. A entrevista segue de forma a investigar o comportamento da criança durante os primeiros cinco anos de vida, porque certas características diagnósticas são normalmente mais evidentes durante esse período. Em seguida, a investigação se concentra no comportamento atual, ou seja, durante os 12 meses anteriores à entrevista. No entanto, para muitos itens, o entrevistador também avalia se alguns comportamentos específicos estiveram presentes.

### 3.2 - CARS

CARS é a sigla para Childhood Autism Rating Scale ou Escala de Avaliação do Autismo na Infância. Trata-se de uma escala com 15 itens que auxiliam o diagnóstico e identificação de crianças com autismo, além de ser sensível na distinção entre o autismo e outros atrasos no desenvolvimento. A sua importância é baseada na capacidade de diferenciar o grau de comprometimento do autismo entre leve, moderado e severo (Magyar & Pandolfi, 2007; Schopler, Reichler & Renner, 1988). Sua aplicação é rápida e adequada a qualquer criança com mais de dois anos de idade. Ela foi desenvolvida ao longo de um período de 15 anos, tendo como base 1500 crianças com autismo. A escala incorpora critérios diagnósticos baseados no trabalho de Kanner (1943), Creak (1961), Rutter (1978) e Ritvo & Freeman (1978) e, a partir de 1980, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) (Schopler, Reichler & Renner, 1988).

A escala avalia o comportamento em 14 domínios geralmente afetados no autismo, somadas a uma categoria única para descrição de impressões gerais (Stella, Mundy & Tuchman, 1999; Rellini et al., 2004). Os 15 quesitos de avaliação são os seguintes: (1) interação com as pessoas, (2) imitação, (3) resposta emocional, (4) uso do corpo, (5) uso de objetos, (6) adaptação à mudança, (7) reação a estímulos visuais e (8) auditivos, (9) a resposta e uso da gustação, olfato e tato; (10) medo ou nervosismo, (11) comunicação verbal, (12) comunicação não verbal, (13) nível de atividade, (14) o nível e a coerência da resposta intelectual e, finalmente, as (15) impressões gerais. A pontuação atribuída a cada domínio varia de um (dentro dos limites da normalidade) a quatro (sintomas autísticos graves). A pontuação total varia de 15-60 e o ponto de corte para o autismo é 30 (Schopler, Reichler & Renner, 1988).

### 3.3 - ABC OU ICA

O Autism Behavior Checklist (ABC) é uma lista contendo 57 comportamentos atípicos (Krug et al., 1980). No Brasil, a lista foi traduzida, adaptada e pré-validada com o nome de Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA) (MARTELETO & PEDROMÔNICO, 2005). A lista foi concebida para a triagem inicial de crianças suspeitas de ter TGD e foi padronizado, por meio das observações dos professores das crianças. Alguns estudos utilizaram o questionário em forma de entrevista com os pais e cuidadores. O objetivo do ABC/ICA é ajudar no diagnóstico diferencial das crianças suspeitas de ter TGD e encaminhá-las a tratamentos interventivos adequados. O ABC é um dos cinco subtestes que compõem a ASIEP-2 (KRUG et al., 1980). É mais frequentemente utilizado durante o início do processo diagnóstico em indivíduos suspeitos de terem autismo. O ABC/ICA lista 57 comportamentos atípicos que são sintomáticos do autismo, organizados em cinco áreas: sensoriais, relacionais, imagem corporal, linguagem, interação social e autocuidado. Há um protocolo para a marcação do comportamento da criança. Cada item é pontuado de 1 a 4, determinado estatisticamente de acordo com o grau de associação ao comportamento patológico. A pontuação para cada um dos cinco domínios é registrada, dando uma pontuação parcial para cada domínio, assim como uma pontuação global. Quando o total chega a 68 pontos ou mais, a criança é considerada com autismo (Krug et al., 1980; 1993); a pontuação entre 54 e 67 indica uma probabilidade moderada da criança ter autismo; a pontuação entre 47 e 53 é considerada duvidosa para a classificação do autismo, e escores abaixo de 47 indicam que a criança é típica. A lista tem sido amplamente utilizada em vários países, tanto na investigação quanto na prática clínica devido à facilidade de aplicação e o baixo custo.

Nos últimos anos, as propriedades psicométricas do ABC/ICA foram investigadas e avaliadas (Miranda-Linne & Melin, 1997; Sevin et al., 1991). Apesar de estes estudos

questionarem o ponto de corte determinado pelos autores do ABC, a lista tem sido considerada útil na triagem de crianças suspeitas de pertencer ao espectro do autismo. As propriedades psicométricas do ABC/ICA foram abordadas em um estudo preliminar de validação (Marteleto et al., 2005). Os autores demonstraram que o instrumento é capaz de identificar as crianças com suspeita de autismo infantil e propôs uma pontuação de 49 como ponto de corte com alta sensibilidade e especificidade na identificação em tais casos na população em geral. Portanto, as avaliações do comportamento por meio de escalas ou listas (cada uma com suas próprias particularidades) revelaram-se bastante úteis na identificação do autismo. No entanto, elas são instrumentos complementares para o diagnóstico desta síndrome e, portanto, incapazes de realizar o diagnóstico isoladamente.

### **3.4 - ASQ ou SCQ**

O Social Communication Questionnaire (SCQ) ou Questionário de Comunicação Social, anteriormente chamado de Autism Screening Questionnaire (ASQ) ou Questionário de Rastreamento do Autismo, foi desenvolvido por Rutter e Lord, é uma seleção de 40 perguntas respondidas pela principal cuidador de crianças a partir de quatro anos. Derivada da versão revista do ADI (Le Couteur et al., 1989), o SCQ é uma ferramenta com o foco na avaliação de crianças com elevado risco de problemas de desenvolvimento, que prevê um diagnóstico baseado na pontuação de comportamentos organizados em três áreas de funcionamento: interação social recíproca, linguagem e comunicação; além de padrões repetitivos e estereotipados de comportamento. Um estudo sobre a validade do SCQ foi realizado por Berument et. Al., (1999), com indivíduos com idades entre quatro e 18 anos, em pais que já conheciam o diagnóstico. A melhor pontuação de corte foi 15. Para diferenciar transtornos globais do desenvolvimento a partir de outros diagnósticos, incluindo atrasos do

desenvolvimento sem autismo, a sensibilidade foi de 85%, especificidade 67%, valor preditivo positivo 93% e preditivo negativo valor 55%. Este estudo mostra que a SCQ é um importante instrumento de rastreio para crianças que possuem um alto risco de terem um TGD com idades compreendidas entre os três e cinco anos; pois ela é capaz de identificar corretamente as crianças com um possível diagnóstico de TGD em comparação a outros diagnósticos relacionados ao desenvolvimento.

No entanto, a principal preocupação com o uso desta ferramenta para rastreamento é que, apesar do SCQ possuir uma alta pontuação em relação a sua sensibilidade (tendo 11 como ponto de corte), ela acabou resultando numa baixa especificidade. Por exemplo, o instrumento não seria muito adequado para especificar se uma pessoa possui Síndrome de Asperger ou Autismo. Sendo assim, esta condição produz muitos falsos positivos que podem resultar num aumento da ansiedade parental, enquanto se aguarda uma avaliação formal. A possibilidade de um diagnóstico de autismo em uma criança é algo que iria alarmar a maioria pais. Por isso, a utilização do SCQ deve ser feita por profissionais experientes e familiarizados com os TGDs. Embora a especificidade seja baixa, o SCQ agrega valor à avaliação do profissional experiente e pode dar subsídios para o encaminhamento a uma avaliação mais específica.

### **3.5 - ADOS**

O Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) ou Programa de Observação Diagnóstica do Autismo – Versão Genérica é uma avaliação semi-estruturada da interação social, da comunicação, do brincar e do uso imaginativo de materiais para indivíduos suspeitos de terem algum transtorno do espectro do autismo (TEA). O cronograma de observações consiste em quatro sessões ou módulos de 30 minutos, cada um concebido

para ser administrado a diferentes indivíduos de acordo com seu nível de linguagem expressiva.

Como parte da programação, são previstas situações de interação social, chamadas em inglês "presses" ou agrupamentos (Lord et al., 1989; Murray, 1938), nas quais são promovidas uma série de iniciações sociais e respostas prováveis de aparecer. Da mesma forma, situações de comunicação são criadas para suscitar uma série de trocas. Situações de brincar são incluídas para permitir a observação de diversas atividades imaginativas e da atuação em papéis sociais. O objetivo da ADOS-G é o de proporcionar agrupamentos que provoquem comportamentos espontâneos em contextos comuns. Existe a inserção de atividades e materiais estruturados, mas sem interações estruturadas, de forma a fornecer contextos comuns com o ADOS-G em que são observados comportamentos sociais e comunicativos relevantes, entre outros; para a identificação de Transtornos Globais de Desenvolvimento.

A administração da ADOS era destinada a crianças entre os cinco e 12 anos, que tenham uma competência na linguagem expressiva de uma criança de pelo menos três anos de idade. Foi proposto como um instrumento complementar para o Autism Diagnostic Interview (ADI; Le COUTEUR et al., 1989), uma entrevista que investiga por meio do cuidador principal a história, assim como o funcionamento atual, em áreas de desenvolvimento relacionadas com autismo. Os instrumentos foram desenvolvidos principalmente para investigar o diagnóstico de autismo, numa faixa de níveis cognitivos que vai do retardo mental moderado à inteligência normal, com um treinamento exigido em cada instrumento.

A ADOS-G é destinada a fornecer contextos normais para a observação do comportamento de uma faixa mais ampla de desenvolvimento e idade em indivíduos suspeitos de ter autismo. A programação é composta por quatro módulos. Cada um é adequado para crianças e adultos em diferentes níveis de desenvolvimento e de linguagem, variando da

ausência de utilização expressiva ou receptiva de palavras, à fluência e linguagem complexa em um adulto.

O nível de linguagem expressiva é provavelmente o mais forte preditor dos resultados em transtornos do espectro do autismo, pelo menos em indivíduos para além do nível pré-escolar (Kobayashi et al., 1992; Venter et al., 1992). Porque o nível de linguagem expressiva afeta quase todos os aspectos da interação social e do brincar, tem sido particularmente difícil separar os efeitos do nível de gravidade da linguagem verbal do nível de severidade do autismo em indivíduos com TEA (Happé, 1995; Mahoney et al., 1998). Pesquisas têm mostrado que crianças com retardo mental, com ou sem autismo, parecem socialmente mais competentes, menos ansiosas e mais flexíveis quando demandas de linguagem são baixas em relação a seu nível de habilidade (Mesibov, Schopler, & Hearsey, 1994).

Uso da ADOS-G é claramente relacionado à habilidade do examinador. Exige prática na administração das atividades, na pontuação e observação. Dentro de uma clínica ou grupo de pesquisa, antes do profissional ser considerado como competente nos instrumentos para avaliação clínica ou em populações, é esperado que os examinadores obtenham uma confiabilidade entre si e o consenso sobre a pontuação dos vídeos fornecidos pelos autores antes de utilizar os instrumentos.

### **3.6 - PEP-R**

O PEP-R, ou perfil psicoeducacional revisado (Schopler et al., 1990), é um instrumento de medida da idade de desenvolvimento de crianças com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação. Este instrumento surgiu em função da necessidade de identificar padrões irregulares de aprendizagem, visando a subsequente elaboração do planejamento psicoeducacional, segundo os princípios do Modelo TEACCH (Treatment and

Education of Autistic and Communication Handicapped Children). Entretanto, sua utilização tem sido também estendida a pesquisas nessa área.

O PEP-R é composto por duas escalas. A primeira (de desenvolvimento) foi construída a partir de normas estabelecidas empiricamente, de acordo com o desempenho obtida em crianças norte-americanas, com desenvolvimento típico. A segunda (de comportamento) baseou-se no CARS (Childhood Autism Rating Scale de Schopler, Reichler, & Renner, 1988) e nos critérios de Creak (1961).

Historicamente, crianças com autismo têm sido consideradas como “não testáveis”, provavelmente pela pouca cooperação em situações de testagem, seja pela dificuldade em estabelecer contato com o examinador, ou pela dificuldade deste último em compreendê-las. Tomando por base a necessidade de se considerar as peculiaridades do comportamento de indivíduos com autismo e as dificuldades de administração de instrumentos tradicionais nessa população foi desenvolvido o Perfil Psicoeducacional (PEP) como um instrumento referencial para a apreciação tanto das áreas de habilidade, quanto das deficitárias, em crianças com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação. O perfil de desenvolvimento obtido era então utilizado no planejamento educacional, de acordo com o modelo TEACCH. O modelo TEACCH, que iniciou como um projeto de pesquisa universitária, cresceu graças a seus resultados empíricos e é hoje uma forma de intervenção seguida em vários países e em diferentes culturas. Em plena década de 1960, nos Estados Unidos, a tradição behaviorista fazia-se muito presente, sendo esse o berço do TEACCH. Entretanto, as bases teóricas lançam-se, ainda, sobre a psicolinguística. A valorização da descrição de cada comportamento, a utilização de programas passo a passo e o uso de reforçadores evidenciam as influências comportamentais na tentativa de se obter maior controle das respostas discrepantes e idiossincráticas, presentes nas pessoas acometidas pelo autismo. Por outro lado, foi na psicolinguística que se buscou estratégias para compensar os déficits comunicacionais

causados pelo transtorno, através do uso de recursos visuais, como pictogramas ou fotos, para ampliar as capacidades de compreensão. Além disso, a intervenção nas funções de comunicação como a capacidade de solicitação, rejeição e de escolha, também têm suas bases nos estudos da psicolinguística, assim como a escolha de objetivos que sejam apropriados ao nível de desenvolvimento da pessoa com autismo. Sendo assim, as noções do comportamentalismo e da psicolinguística convergem para uma prática funcional e pragmática: a funcionalidade se expressa na visão da conduta e, a pragmática, na visão psicolinguística (Leon & Lewis, 1995, 1997).

O PEP foi um instrumento concebido para identificar padrões de aprendizagem irregulares e idiossincráticos, destinando a crianças cuja faixa etária varia entre um e 12 anos. As dimensões avaliadas são: coordenação motora ampla, coordenação motora fina, coordenação visuo-motora, percepção, imitação, desempenho cognitivo e cognição verbal (Escala de Desenvolvimento), e as áreas de relacionamento e afeto, brincar e interesse por materiais, respostas sensoriais e linguagem (Escala de Comportamento). Para cada área, foi desenvolvida uma escala específica com tarefas a serem realizadas ou comportamentos a serem observados (Schopler & cols., 1990).

### **3.7 - M-CHAT**

O M-CHAT é uma escala de rastreamento que pode ser utilizada em todas as crianças durante visitas pediátricas, com objetivo de identificar traços de autismo em crianças de idade precoce (Robins et al., 2001). Os instrumentos de rastreio são úteis para avaliar pessoas que estão aparentemente bem, mas que apresentam alguma doença ou fator de risco para doença, diferentemente daquelas que não apresentam sintomas (Gerg et al., 2005). A M-CHAT é extremamente simples e não precisa ser administrada por médicos. A resposta aos itens da

escala leva em conta as observações dos pais com relação ao comportamento da criança, dura apenas alguns minutos para ser preenchida, não depende de agendamento prévio, é de baixo custo e não causa desconforto aos pacientes (Robins et al., 2001). Essa escala é uma extensão da CHAT. Consiste em 23 questões do tipo sim/não, que deve ser autopreenchida por pais de crianças de 18 a 24 meses de idade, que sejam ao menos alfabetizados e estejam acompanhando o filho em consulta pediátrica. O formato e os primeiros nove itens do CHAT foram mantidos. As outras 14 questões foram desenvolvidas com base em lista de sintomas frequentemente presentes em crianças com autismo (Robins et al., 2001). Os autores do M-CHAT realizaram estudo de validação da escala nos EUA, com amostra de 1.122 crianças de 18 meses de idade que faziam consultas pediátricas de rotina e com outra amostra de 171 crianças que participavam de rastreamento precoce em serviços especializados (Robins et al., 2001). Nesse estudo, foram utilizados dois critérios para determinar sensibilidade e especificidade do M-CHAT. O primeiro usou quaisquer três das 23 questões, com sensibilidade de 0,97 e especificidade de 0,95. O segundo usou duas das seis melhores questões, com sensibilidade de 0,95 e especificidade de 0,9911.

#### 4- POSSÍVEIS CAUSAS PARA OS TID

A causa específica dos TID, ainda é desconhecida mais há várias suspeitas de que pode compreender alguns destes fatores:

- **Influência Genética.** Pesquisas divulgadas recentemente por pesquisadores das empresas deCODE, da Islândia, e Illumina, dos Estados Unidos (especializadas em decodificação e análise do genoma humano), em um artigo publicado pela revista britânica Nature e que vem sendo veiculado no Brasil pelas principais revistas e mídias que tratam de descobertas científicas, apontam que homens acima de 40 anos transmitem quatro vezes mais mutações genéticas ao gerar filhos do que as mulheres com a mesma idade. Ao longo da vida as células vão se replicando e o material genético é copiado, porém pode haver erros neste processo, o que resulta em alterações genéticas, algumas sem consequências, porém outras estão associadas às causas do autismo e esquizofrenia.

Os pesquisadores ainda afirmam que esta transmissão de mutações está diretamente ligada á idade dos homens e ao fato de que ao contrário das mulheres que nascem com uma quantidade pré-determinada de óvulos, o homem produz milhões de espermatozoides por milímetro quadrado a cada ejaculação, sendo assim, os gametas masculinos seriam mais suscetíveis à erros de replicação. E quanto mais velho o homem, maior a quantidade de erros.

Entretanto, segundo o geneticista Bernardo Garicochea, diretor de oncogenética do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, ainda não é possível estabelecer uma relação direta entre a paternidade tardia e o autismo e a esquizofrenia e que esta é apenas uma probabilidade estatística.

- **Vírus.**

- Toxinas.
- Desordens Metabólicas.
- Intolerância Imunológica.
- Infecções Virais e grandes doses de antibióticos nos primeiros três anos de vida.
- A ingestão, inalação ou absorção pela pele, de metais pesados ou substâncias que componham o mesmo, como: cobalto, cobre, manganês, molibdênio, vanádio, estrôncio, zinco, chumbo e cádmio.
- O uso excessivo de tabaco, exposição contínua à poluição (gases de escape de automóveis e fábricas) são apontados como possíveis causas.

## 5- TRATAMENTOS

Existem diversos métodos de tratamento para os TID:

- Bioquímico
- Neurosensorial
- Psicodinâmico Condutual
- Intervenções através da Educação (envolvendo pais, alunos e educadores).

Entretanto não é possível, até então, devido à complexidade e especificidade de cada caso, comprovar se estes tratamentos possibilitem melhoras significativas na vida de pessoas com TID.

### 5.1 - Medicação

Não existem medicamentos específicos para o tratamento dos TID. Existem medicamentos, desenvolvidos para outras situações, que são eficazes ao tratar sintomas e comportamentos encontrados frequentemente nos indivíduos. Alguns destes incluem: hiperatividade, impulsividade, dificuldades de atenção, e ansiedade. O objetivo dos medicamentos é reduzir estes comportamentos e permitir que o indivíduo com TID tenha bom desempenho nos tratamentos educacionais e comportamentais.

A sociedade Americana de Autismo não endossa nenhum medicamento específico.

### 5.2 - Tratamentos Bioquímicos – Vitaminas e Minerais

Por mais de 10 anos, pesquisadores afirmam que vitaminas e suplementos minerais podem melhorar os sintomas do autismo. Enquanto nem todos os pesquisadores concordam

que estas terapias são comprovadas cientificamente, muitos pais, e um número crescente de médicos, relatam melhorias ao utilizar suplementos nutritivos individuais ou combinados.

Os problemas de má absorção e as deficiências nutricionais têm sido abordados em vários estudos. Outros estudos mostraram que algumas crianças com autismo poderiam ter níveis baixos das vitaminas A, B1, B3, B5, tanto quanto a biotina, o selênio, o zinco, e o magnésio, embora outros possam ter níveis elevados de cobre na corrente sanguínea em relação à média do zinco no plasma, sugerindo que as pessoas com autismo devem evitar o cobre e tomar suplemento de zinco para impulsionar seu sistema imunológico. Outros estudos indicaram uma necessidade de mais cálcio.

Testes de laboratório e avaliação clínica são utilizados para verificar o estado nutricional da criança. O método o mais preciso para medir níveis de vitaminas e minerais é através de um exame de sangue. É também importante a orientação de um nutricionista. Embora grandes doses de algumas vitaminas e minerais não sejam prejudiciais, algumas podem ser tóxicas. Uma vez escolhida a vitamina, a mesma deve ser introduzida lentamente durante algumas semanas e os efeitos devem observados por um ou dois meses.

### **5.3 - Intervenção Nutricional**

Os indivíduos com TID podem mostrar baixa tolerância ou alergias a determinados alimentos ou produtos químicos. Embora não seja uma causa específica, intolerâncias alimentares ou alergias podem contribuir para problemas comportamentais. Muitos pais e profissionais relataram mudanças significativas quando substâncias específicas foram eliminadas da dieta da criança.

Podem ainda ter problemas na digestão de proteínas tais como o glúten. Pesquisas nos Estados Unidos e na Inglaterra encontraram níveis elevados de certos peptídeos na urina de crianças diagnosticadas com TID, sugerindo quebra incompleta de peptídeos nos alimentos que contêm o glúten e a caseína. O glúten é encontrado no trigo, na aveia e no centeio, e a caseína em produtos de laticínios. A quebra incompleta e a absorção excessiva dos peptídeos pode causar o rompimento em processos bioquímicos e neuroregulatórios no cérebro, afetando funções do mesmo. Até que haja mais informação a respeito de porque estas proteínas não foram quebradas, a remoção das proteínas da dieta é a única maneira impedir danos neurológicos e gastrointestinais adicionais.

O tratamento alternativo tem suas bases fundamentadas nas pesquisas desenvolvidas pelo Laboratório Great Plains, liderados por Dr. William Shaw Ph.D. com doutorado em bioquímica, genética e fisiologia humana. Dr. Shaw trabalhou por seis anos em bioquímica nutricional, endocrinologia e imunologia no Centro de Controle de Doenças e por doze anos no laboratório clínico Smith Kline Beecham onde ele trabalhava com testes especializados em toxicologia (venenos e drogas), imunologia, recepção de tumor e endocrinologia. Nos cinco anos seguintes, Dr. Shaw era professor na Universidade de Missouri na cidade do Kansas (UMKC), na escola de medicina. Ao mesmo tempo ele trabalhava como diretor de Química Clínica, Toxicologia, e Endocrinologia e teste de ácidos orgânicos para condições metabólicas no Children's Mercy Hospital (hospital das crianças) em UMKC.

#### **5.4 - Tratamentos Biomédicos**

Os tratamentos biomédicos são baseados em pesquisas bioquímicas e biomédicas feitos por profissionais em várias partes do mundo. Um dos pioneiros deste movimento foi

um psicólogo e pesquisador norte americano, o Dr. Bernard Rimland que fundou na Califórnia o ARI (Autism Research Institute) e a Autism Society of America (ASA).

O Dr. Rimland acreditava que os TID são causados, na maioria dos casos, por causas biológicas ou físicas, derrubando para o alívio de muitas mães, a teoria da “mãe geladeira” que defendia o autismo como sendo causado por falta de amor das mães. O seu trabalho mostrou-se eficiente, e ele ajudou na recuperação de mais de 1100 pacientes com autismo, comprovados com vídeos de antes e depois do tratamento, ajudou a vários outros milhares a obterem melhoras significativas.

De acordo com o trabalho do Dr. Rimland, a maioria dos casos não tem nenhuma causa genética ou metabólica, mas apresentam pelo menos uma causa biológica; tal como intoxicação com metais pesados, intolerância alimentar, proliferação de leveduras e bactérias, transtornos intestinais, sensibilidade ao glúten e à caseína, desequilíbrio nos ácidos orgânicos e/ou deficiência nutricional.

Nos dias atuais, o tratamento biomédico completo, dependendo dos resultados dos exames, geralmente envolve intervenção nutricional, suplementação vitamínica, e pode incluir o uso de medicamentos homeopáticos.

Graças ao trabalho do Dr. Rimland e de muitos outros pesquisadores no ramo, e da tecnologia disponível para fazer possíveis exames, o tratamento biomédico está se tornando o tratamento primário do autismo no Brasil desde 2007.

Pelo fato de ainda não existirem estes exames especializados no Brasil, é necessário realiza-los no exterior. Para que o tratamento seja realizado no Brasil, os profissionais fazem o pedido de exames baseados na necessidade de cada paciente, uma vez em contato com o Laboratório Great Plains, os pacientes recebem em casa um kit de coleta, onde contém todo o material necessário para coleta e envio das amostras para os EUA. Os exames geralmente envolvem coletas de sangue, urina, fezes e cabelo. Estes exames vão pesquisar no corpo do

paciente, anormalidades em ácidos orgânicos, intolerâncias alimentares, contaminação com metais pesados e proliferação de leveduras. Estes problemas quando encontrados, são resolvidos de forma natural e eficiente. Geralmente as medidas tomadas para a melhoria na vida do paciente envolvem a adoção de uma dieta sem glúten e sem caseína, que tem como efeito desde melhora dos problemas relacionados à digestão, melhora no sono, aumento de concentração, menos autoagressão, maior interatividade social e maximização da linguagem que geralmente é limitada na maioria das crianças no espectro.

Os exames laboratoriais mostram que muitas crianças no espectro têm alergias a diversos alimentos, principalmente a alimentos que contém o glúten (proteína encontrada em grão como trigo e cevada) e a caseína (proteína do leite). Pelo fato destas proteínas serem de difícil digestão por pacientes com o espectro, estas proteínas acabam escapando para rede sanguínea em forma de peptídeos, os quais têm estrutura molecular semelhante a opiáceos, afetando o cérebro de forma semelhante a narcóticos como a morfina. Crianças com intolerâncias ao glúten e à caseína costumam viciar-se em alimentos que possuem estas proteínas, e na maioria das vezes os pais não tem conhecimento deste fato. Existem alguns pacientes que rejeitam qualquer outro alimento, preferindo apenas se alimentar de leite e pão, ficando então presos em um ciclo de dependência bioquímica. A dieta sem glúten e sem caseína tem o objetivo de liberar o paciente desta dependência, possibilitando uma dieta mais variada e nutritiva.

Outros problemas que o tratamento biomédico ajuda e reduzir são problemas gastrointestinais, geralmente resolvendo o problema de leveduras e restaurando a flora gastrointestinal com lactobacilos e outros probióticos. Também, a deficiência vitamínica é comum pelo fato de pessoas com autismo terem uma capacidade reduzida de absorção gastrointestinal. Nesse caso, muitas vezes as vitaminas do complexo B são muito escassas.

## **6- MÉTODOS DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DOS TID**

As abordagens educacionais são consideradas uma parte extremamente importante no tratamento principalmente quando se trata de desenvolver a capacidade de comunicação e de interação do autista. Aliado a isso, as terapias fonoaudiológica, ocupacional e psicopedagógica podem contribuir para melhorar significativamente a qualidade de vida da criança autista.

Entre os métodos mais conhecidos encontramos os que seguem:

Análise do Comportamento Aplicada (ABA): técnica utilizada nos tratamentos de autismo para diminuir os comportamentos problemáticos relacionados ao autismo. O alvo é a ampliação e aquisição de comportamentos inexistentes no repertório; diminuição de comportamentos em excesso e que são inadaptação, visando a construção de um repertório comportamental que se sustente em diferentes ambientes, com diferentes pessoas, gerando inclusão social, escolar e profissional para o autista.

TEACCH – Treinamento e Ensino de Crianças com Autismo e Outras Dificuldades de Comunicação Relacionadas: oferece estratégias cognitivas e comportamentais nos tratamentos do autismo que auxiliam os professores a intervir na capacidade de aquisição de habilidade do aluno. O método fornece técnicas de organização, estruturação, repetições e treinamento, considerando pré-requisitos importantes para a alfabetização. O ambiente físico e social é organizado com a utilização de recursos visuais, para que a criança possa prever e compreender as atividades diárias com mais facilidade e ter reações apropriadas. Os programas de TEACCH são geralmente dados em uma sala de aula, mas também podem ser feitos em casa e são usados em conjunto com aqueles destinados à sala de aula. Os pais trabalham com os profissionais como co-terapeutas para que as técnicas possam ter

continuidade em casa. É usado por psicólogos, professores de educação especial, fonoaudiólogos e profissionais devidamente treinados.

Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS – Picture Exchange Communication System): é um sistema de ensino que permite à criança com pouca ou nenhuma habilidade verbal comunicar-se usando figuras. O PECS pode ser usado em casa, na sala de aula ou em vários outros ambientes. Um terapeuta, professor, pai ou mãe ajuda a criança a construir vocabulário e articular os desejos, observações ou sentimentos usando as imagens sistematicamente.

Terapia fonoaudiológica: abrange uma série de técnicas e trata de uma gama de desafios para crianças com autismo. Por exemplo, alguns indivíduos não conseguem falar. Outros parecem adorar falar. Mas ambos podem ter dificuldade na compreensão da informação ou dificuldade de comunicar-se. O tratamento fonoaudiológico para crianças com autismo visa coordenar a mecânica da fala com o significado e valor social da linguagem. Dependendo da aptidão verbal do indivíduo, o objetivo pode ser o domínio da língua falada ou pode ser o aprendizado de sinais e gestos para se comunicar. Em cada caso, o objetivo é ajudar a pessoa a aprender a comunicar-se de forma útil e funcional.

Terapia Ocupacional (TO): trabalha conjuntamente habilidades cognitivas, físicas e motoras. O objetivo é ajudar a pessoa a se tornar funcional e independente. Para uma criança com autismo, o foco pode ser as habilidades de brincar e aprender, assim como habilidades básicas para atividades de vida diária (ex: saber se vestir, se alimentar, se arrumar e usar o banheiro de forma independente e melhorar as habilidades sociais, motoras finas e de percepção visual).

Fisioterapia: concentra-se em qualquer problema do movimento que cause limitações funcionais. Crianças com autismo muitas vezes têm dificuldades motoras, tais como

dificuldades para sentar, andar, correr e pular. A fisioterapia também pode tratar a falta de tônus muscular, equilíbrio e coordenação.

Acompanhamento psicopedagógico: busca desenvolver recursos para a aprendizagem, instrumentalizando com técnicas que o facilitem a aprender, investindo no potencial (habilidades) encontrado.

## 7- ABORDAGENS EDUCACIONAIS

Existem diversas abordagens educacionais para os Transtornos Invasivos de Desenvolvimento. No Brasil, as mais conhecidas são a TEACCH, a ABA, a PECS, O Currículo Funcional Natural e a Teoria da Mente que é apresentada no Fascículo de número 09 da coleção A Educação Especial na Perspectiva Escolar desenvolvido pelo MEC (2010).

### 7.1 - TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) – Tratamento e Educação para autistas e crianças com déficits relacionados à comunicação

*A proposta de tratamento TEACCH se desenvolveu a partir de um grupo de abordagem psicanalítica criado no Depto de Psiquiatria da Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, para atender crianças com autismo (ou na época psicose infantil) e suas famílias no início da década de 60 (Speers e Lansing, 1965). Em meados da década de 60, o grupo contou com mais um membro da mesma universidade, Eric Schopler, que foi posteriormente fundador do TEACCH. A intervenção era de base psicodinâmica partindo da premissa da origem psicogênica do distúrbio (Kanner, 1943) e de que o autismo representaria uma fuga intencional e esquizofrênica da realidade, partia de propostas terapêuticas que tratassem pais e crianças separadamente, sendo as terapias em grupo para as crianças, oferecendo a estas liberdade total para que pudessem expressar seus sentimentos e terapia individual (de casal) intensiva para os pais, de forma que estes pudessem modificar sua relação com os filhos. (VATAVUK, 2009, p.1)*

O método TEACCH começou em 1966 como parte do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Carolina do Norte nos EUA.

Começou como um projeto de pesquisa para crianças de prestação de serviços para crianças com autismo e suas famílias. Em 1972, a Carolina do Norte Assembleia Geral aprovou uma legislação que permitiu Divisão TEACCH para se tornar o primeiro estudo abrangente em todo o estado programa baseado na comunidade de serviços para crianças e adultos com autismo e outros transtornos de desenvolvimento semelhantes.

Hoje, o TEACCH fornece uma ampla gama de serviços para um amplo espectro de bebês, crianças, adolescentes, adultos e suas famílias, incluindo o diagnóstico e avaliação, os programas de tratamento individualizados, educação especial, treinamento de habilidades sociais, formação profissional, consultas escolares, formação dos pais e aconselhamento. O TEACCH também mantém um programa de pesquisa ativa e fornece treinamento multidisciplinar para profissionais que lidam com crianças e adolescentes/adultos com autismo e suas famílias.

A maioria da literatura é de origem norte-americana. A adoção da abordagem TEACCH em outras localidades teve origem mais tarde. Em 1993, Jones et al. afirma que houve utilização parcial da abordagem TEACCH no Reino Unido para incluir no seu estudo das intervenções. No entanto, cinco anos mais tarde, Jordan, Jones e Murray descrevem TEACCH como a intervenção mais comum utilizada em crianças com autismo no Reino Unido.

TEACCH é executado na Universidade da Carolina do Norte que anualmente organiza conferências e programas de formação em todo o EUA e no Reino Unido. Também vem sendo utilizado amplamente no Brasil por instituições de apoio como a AMA (Associação de Amigos do Autista) e a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

## **7.2 - PECS (Pictures Exchange Communication System) – Sistema de Comunicação por Troca de Figuras**

Desenvolvido por Andrew S. Bondy, Ph.D. E Lori Frost, MS, CCC/SLP PECS foi desenvolvido em 1985 como um pacote de intervenções aumentativa/alternativa de comunicação exclusivo para os indivíduos com transtorno do espectro do autismo e doenças do desenvolvimento relacionadas. Usado pela primeira vez no Delaware Autistic Program, PECS tem recebido reconhecimento mundial para se focar na componente de iniciação de comunicação. PECS não requer materiais complexos ou caros. Foi criado com as famílias, educadores e prestadores de cuidados residentes em mente, por isso é facilmente utilizado em uma variedade de configurações.

PECS começa ensinando o indivíduo a dar uma imagem de um item desejado para um “parceiro de comunicação”, que imediatamente aceita a troca como um pedido. O sistema passa a ensinar discriminação de imagens e como coloca-los juntos em sentenças. Nas fases mais avançadas, os indivíduos são ensinados a responder, fazer perguntas e fazer comentários.

O protocolo de ensino PECS é baseado no livro de B.F. Skinner, Comportamento Verbal, de tal forma que funcionais operantes verbais são sistematicamente ensinados usando estímulos e estratégias de reforço que levarão a uma comunicação independente. Frases prontas não são utilizadas, construindo assim um início imediato e a dependência dessas frases.

O sistema PECS tem sido bem sucedido com indivíduos de todas as idades, demonstrando uma variedade de dificuldades comunicativas, cognitivas e físicas. Alguns alunos usando PECS também desenvolver a fala. Outros o utilizam como transitório para um sistema de saída de voz. O corpo de investigação de apoio a eficácia do PECS continua a se expandir, com a pesquisa em diversos países ao redor do mundo.

### 7.3 - ABA (Applied Behaviour Analysis – Análise do Comportamento Aplicada)

De acordo com o Dicionário de Ontopsicologia de Antônio Meneghetti (2008), a palavra comportamento deriva do latim cum me porto = como me porto, e significa: modo de fazer; como alguém leva a si mesmo; o conjunto de expressões, reações e atitudes por meio das quais um indivíduo especifica a si mesmo entre os outros.

O psicólogo de Orientação Analítico-Comportamental Anderson de Moura Lima no artigo O conceito de análise de comportamento (2009), afirma que *comportamento* é a interação entre um *organismo*, fisiologicamente constituído como um equipamento anatomo-fisiológico, e o seu mundo, histórico e imediato. Definimos *comportamento* como a relação entre *estímulo* e *resposta*. Estímulo é uma parte ou mudança em uma parte do *ambiente*; resposta é uma mudança no *organismo*.

*O conceito utilizado para definir comportamento no nome Análise do Comportamento é o conceito inglês, isso por que Análise do Comportamento é a tradução de Behavior Analysis, um nome norte-americano. Assim para a Análise do Comportamento a palavra comportamento se refere tanto a ações de um indivíduo quanto a sentimentos, pensamentos e falas.*

*A compreensão de cada palavra que compõe o conceito de Análise do Comportamento é essencial para entendermos essa consideração.*

*A Análise do Comportamento se divide em três partes: o seu braço teórico, filosófico, histórico, seria chamado de Behaviorismo Radical. O braço empírico seria classificado como Análise Experimental do Comportamento. O braço ligado à criação e administração de recursos de intervenção social seria chamado de Análise Aplicada do Comportamento.*

*A Análise Aplicada do Comportamento teria duas funções vitais: manter o contato com o mundo real e alimentar os pesquisadores na área com problemas comportamentais do mundo natural e mostrar a relevância social de tais pesquisas e justificar sua manutenção e ampliação da área como um todo. Como uma ciência baconiana, não contemplativa, a Análise do Comportamento tem compromissos de melhoria da vida humana e o seu braço aplicado pode funcionar como um eficiente aferidor das consequências práticas prometidas.*

#### 7.4 - CURRÍCULO FUNCIONAL NATURAL

O Currículo Funcional Natural é uma proposta metodológica de ensino indicada pelo Centro de Apoio Pedagógico Especializado (CAPE) da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo.

Esta abordagem já é utilizada no Brasil há aproximadamente 10 anos, para atendimento de pessoas com dificuldades de comunicação, interação social, comportamento e aprendizagem pela APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

O Currículo Funcional Natural teve início na década de 70, na Universidade de Kansas (USA) propondo desenvolver habilidades que levassem os alunos a atuarem da melhor forma possível no ambiente, tornando-os mais criativos e independentes. Tem como ponto de referência sempre o aluno, e deve considerar sempre a idade cronológica do mesmo, visando à interação entre educando e a comunidade. O educando deve ter acesso a ambientes diversos para se interagir com outras pessoas não apenas na escola, mas também na comunidade. Os princípios básicos dessa abordagem são:

- Tratar o aluno como pessoa
- Conhecer o aluno.
- Conhecer o meio em que o aluno vive.
- Acreditar que todo aluno é capaz de aprender
- Inserir a família no processo de aprendizagem.

O artigo Currículo Funcional no Contexto da Educação Inclusiva, publicado em 2006 pela pesquisadora portuguesa Ana Maria Benárd da Costa, discute a fragilidade e ineficiência dos programas educativos especiais. Segundo ela, estes programas seriam capazes de proporcionar aos alunos participantes destes programas e que apresentam transtornos de

desenvolvimento ou mesmo deficiência intelectual um desenvolvimento pleno de sua capacidade. A pesquisadora citada traz então uma perspectiva do colega americano Lou Brown sobre uma abordagem educacional que envolva não apenas a escola, mas também as famílias, serviços de ação social, professores e alunos para proporcionar a estes educandos a experiência da convivência na sociedade.

*Os objectivos globais da educação pública são idênticos para todos os alunos, independentemente do nível das suas capacidades intelectuais: espera-se que todos atinjam o máximo das suas potencialidades, que se tornem membros produtivos da sociedade, que promovam a sua cultura e os seus valores morais, que se tornam cidadãos responsáveis, etc....*

*Quando se trata de alunos com deficiência intelectual acentuada, estes objectivos traduzem-se em conseguir que possam vir a ter uma vida com qualidade, funcionando da forma mais autónoma e integrada que for possível...*

*... Os alunos com deficiência intelectual acentuada devem frequentar as escolas regulares da sua área, para onde vão os seus irmãos, os seus amigos e os seus vizinhos e não para escolas especiais ou para escolas ditas “de referência”. como núcleos especiais para este tipo de alunos...*

*Sendo indiscutível a dificuldade de estes alunos criarem relações próximas e de amizade com colegas não deficientes, o que contribui para as condições de isolamento e segregação com que muitos se deparam, verifica-se que a sua frequência de escolas regulares, desde que os educadores desenvolvam uma intervenção adequada e sistemática, constitui o meio mais adequado para se encarar tais dificuldades. (COSTA, 2006, p. 03, 04 e 05)*

Esta é uma abordagem que propõe que a criança com TID seja educada da forma mais natural possível.

Atualmente, todas estas abordagens acima citadas são aplicadas e desenvolvidas em instituições de apoio como a AMA (Associação de Amigos do Autista) e APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) e pela ADACAMP (Associação para o Desenvolvimento dos Autistas em Campinas).

## **7.5 - TEORIA DA MENTE**

A Teoria da Mente não é exatamente uma abordagem educacional, mas uma análise comportamental que surgiu na década de 70, baseada nos estudos dos pesquisadores David Premack e Guy Woodruff através da observação do comportamento de chimpanzés. Após verificar que os mesmos eram capazes de fazer analogias, de apresentar comportamento simbólico e mesmo de realizar inferências causais. Hume (2000) afirma que inferência causal é uma extração de uma conclusão que parte de um conjunto de proposições assumidas como sendo verdadeiras, ou seja, inferir uma ideia a partir de uma impressão. Entretanto o problema deste tipo de inferência é que ela não pode ser medida ou observada. Logo, de acordo com Luiz e Struchiner (2002) a *“causalidade é um conceito relativo, isto é, o efeito de uma causa é sempre relativo à outra causa.”*

Premack, analisando comportamentos humanos argumentou que as crianças dividem o mundo em dois tipos de objetos, aqueles que se movem apenas quando postos em prática por outros objetos, e aqueles que têm autopropulsão e podem mover-se por conta própria. Argumentou ainda que as crianças atribuem a intencionalidade de objetos com autopropulsão que mostram ação, e atribuem valor à interação de objetos intencionais, por exemplo, valor positivo para as ações suaves, como um objeto acariciando o outro, valor negativo para ações duras, como um objeto batendo em outro. Além disso, crianças atribuem valor positivo quando um objeto ajuda o outro para atingir o seu objetivo e valor negativo, quando um objeto impede outro de alcançar o seu objetivo.

De acordo com o fascículo número 09 da coleção “A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar” intitulado Transtornos Globais de Desenvolvimento, publicado em 2010, nas páginas 20 e 21:

*A Teoria da Mente é essencial para o ser humano, uma vez que permite a teorização do estado mental das outras pessoas, o que sentem, o que pensam, quais as suas intenções e como poderão agir.*

*Isto nos permite modular nossas reações e nosso comportamento social, além de desenvolver nossa empatia frente a sentimentos inferidos nas outras pessoas.*

*Baron - Cohen (1995) propuseram um modelo para explicar o sistema de leitura da mente. Tal sistema postula quatro mecanismos que interagem para produzir tal leitura: o detector de intencionalidade, o detector de direcionamento do olhar, o mecanismo de atenção compartilhada e o mecanismo de Teoria da Mente.*

*O mecanismo detector de intencionalidade constitui um aparato perceptivo que interpreta estímulos móveis em termos de desejos e metas. Em paralelo, o detector da direção do olhar é responsável pela detecção da presença e direção do olhar, bem como é o encarregado da interpretação do olhar de alguém que está deliberada e conscientemente vendo (este mecanismo permite a seguinte questão: ela vê aquilo?). Estes dois mecanismos mandam informações para o terceiro mecanismo (mecanismo de atenção compartilhada), o qual se encarrega de criar relações entre o eu, outros agentes e objetos (este mecanismo formula a seguinte questão: eu e você vemos a mesma coisa?). Finalmente, o quarto mecanismo (mecanismo da Teoria da Mente) é o responsável pela união das noções (até então separadas) de atenção, desejo, intenção, crença dentro de um aparato teórico coerente para o entendimento do comportamento em termos mentalistas, isto é, dentro de um contexto de representações.*

Ainda de acordo o fascículo citado, a criança autista tem os mecanismos da Teoria da Mente prejudicados, o que dificultaria suas relações sociais e sua comunicação. Estes prejuízos dificultam a compreensão de como as demais pessoas pensam, se comportam ou mesmo sentem. Sem conseguir compreender estes mecanismos, a criança autista não pode interagir socialmente da mesma forma que as outras crianças.

Embora não seja exatamente uma abordagem educacional, mas uma possível explicação para o isolamento autístico, permite aos educadores compreender melhor o comportamento da criança autista. A Teoria da Mente não costuma ser bem aceita pela comunidade acadêmica, por ter se originado da observação do comportamento de primatas comparando-o ao desenvolvimento comportamental de crianças. Porém o problema da Teoria da Mente é a própria teoria, ou seja, a possibilidade de inferir estados mentais a si mesmo e aos outros. Ocorre que estados mentais não podem ser precisamente observados empiricamente, nem tampouco mensurados, o que pode gerar uma crença falsa, e portanto, uma análise comportamental imprecisa e equivocada.

## **8- TID À LUZ DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NO QUE SE REFERE À EDUCAÇÃO**

Falar sobre Transtornos Invasivos de Desenvolvimento ou Autismo (como são mais conhecidos), em qualquer tempo, não é fácil para pessoas com este transtorno e para as famílias, que se sentem culpadas diante de um diagnóstico de TID e não estão preparadas para lidar com a situação e também para os educadores, os quais não são preparados para receber alunos com esses transtornos em suas salas de aula e nem mesmo para identificá-los.

A educação inclusiva no Brasil é guardiã do direito de todos os alunos à educação em ambientes que não os discriminam por problemas de natureza física sensorial, intelectual. A inclusão de pessoas com deficiência nas escolas comuns ainda gera polêmica. Embora as políticas públicas para a educação estejam avançando no Brasil, a maioria das escolas públicas ainda não dispõe de infraestrutura necessária para receber essas crianças em seu interior. Os cursos de Pedagogia dão pouca ênfase à formação de profissionais para atuar nestas áreas e, apesar da perspectiva educacional inclusiva, as famílias de crianças autistas, por receio de seus filhos sofrerem discriminação, de não serem bem recebidos ou não se adaptarem à escola, ainda buscam refúgio em instituições privadas de assistência às pessoas com deficiência, para cursarem escolas especiais. Muitas escolas desconhecem o fato de que a legislação brasileira garante a todas as crianças o direito a frequentar a escola regular. Há escolas que se recusam a matricular esses alunos, alegando falta de infraestrutura para recebê-las.

*Na perspectiva da educação inclusiva, a educação especial passa a integrar a proposta pedagógica da escola regular, promovendo o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Nestes casos e outros, que implicam em transtornos funcionais específicos, a educação especial atua de forma articulada com o ensino comum, orientando para o atendimento às necessidades educacionais especiais desses alunos.*

*A educação especial direciona suas ações para o atendimento às especificidades desses alunos no processo educacional e, no âmbito de uma atuação mais ampla na escola, orienta a organização de redes de apoio, a formação continuada, a identificação de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas colaborativas. (POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA, 2007, p.09)*

A Constituição Federal de 1988 confere ao Estado a responsabilidade de elaborar programas de assistência a pessoas com deficiência tanto no que diz respeito à saúde, quanto à educação.

*Art. 23 – é de competência comum da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios*

*II – Cuidar da Saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;*

*Art. 24 – Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal, legislar sobre:*

*XIV – Proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência*

*Art. 208 – O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:*

*III – Atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede educacional de ensino.*

*Art. 227 – É dever da família, da sociedade e do Estado:*

*Parágrafo I – O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais, e obedecendo aos seguintes preceitos:*

*II – Criação de programas de prevenção e Atendimento especializados para portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social, do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.*

A ABRA (Associação Brasileira de Autismo) realizou em 1990 o I Seminário para Definição de Política Nacional de Atenção à Pessoa Portadora da Síndrome, propondo ações de atendimento especializado, de profissionalização do adulto e de cuidados para com o autista sem família. Esse Seminário contribuiu para modificar a postura assistencialista do Estado com relação às pessoas com deficiência, visando a uma nova postura, que destaca as potencialidades e respeita as limitações de pessoas com TID.

No que se refere à Educação, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva de 2008 é um avanço significativo com relação ao direito de pessoas com deficiência a se matricularem no ensino regular.

*Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos. (MEC/SEESP, 2001). (POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA, 2007, p.03)*

A Constituição de 1988 preceitua o “Atendimento Educacional Especializado (AEE) às pessoas com deficiência, que **preferencialmente deve ser oferecido** na rede educacional de ensino”. O termo preferencialmente dá margem a muitas interpretações. E estas interpretações fazem com que a maioria dos atendimentos Educacionais (AEE) ainda seja realizado na rede privada, em associações e instituições de apoio já que a maioria das escolas públicas não tem os recursos pedagógicos, equipamentos necessários para atender a estes educandos, nem profissionais qualificados para que realmente todos os alunos, independentemente de suas limitações físicas, sensoriais, psicológicas ou sociais, tenham acesso a uma educação pública de qualidade.

*Apesar dos avanços constatados, o poder público custou a se envolver no atendimento a indivíduos com autismo e outras necessidades educativas especiais e, ainda hoje, não foram efetivadas ações específicas dignas da magnitude do problema, tais como professores capacitados e especializados, escolas preparadas fisicamente para receber esses alunos, um currículo adaptado às necessidades individuais, orientação para os familiares e a comunidade, incentivo ao desenvolvimento de pesquisas na área junto às universidades, dentre tantas outras.*

*Por este motivo, a maioria dos atendimentos educacionais para alunos com autismo tem sido realizados por associações de pais e algumas iniciativas privadas (geralmente a um custo muito alto) de vários estados brasileiros, como: Associação de Amigos do Autista (AMA, SP e SE), Associação de Pais e Amigos dos Portadores de Necessidades Especiais (AMES, RJ), Associação dos Pais de Autistas do Rio de Janeiro (APARJ, RJ), Fundação de Pais Pró Saúde Mental Infantil (FUPASMI, RS), entre outras.*

*O desconhecimento de métodos pedagógicos alternativos que atendam às dificuldades educativas dos alunos com autismo, a escassez de profissionais especializados, a ausência de um currículo flexível, os espaços reduzidos na sala de aula inviabilizam o atendimento para a grande maioria.*

*Apesar das diferenças constatadas nas diversas áreas caracteristicamente atingidas pela síndrome, alguns movimentos de adequação recíproca estão sendo feitos entre a escola e a criança com autismo, buscando suprir as dificuldades desse*

*aluno. Dentre esses movimentos está a construção de um currículo dinâmico e flexível, alcançado através das trocas de experiências profissionais que redimensionariam a prática em sala de aula, incentivando movimentos mais livres e com maior significado para o aluno. Também é importante que a aprendizagem continue na casa da criança, com a participação direta dos seus familiares, o que é imprescindível para maior eficácia dos procedimentos. (CASTRO, 2005)*

Em 2010 foi elaborado pelo Ministério da Educação juntamente com a Secretaria de Educação Especial e em parceria com a Universidade Federal do Ceará um fascículo que trata dos Transtornos Globais (ou Invasivos, que é o termo mais apropriado) de Desenvolvimento para nortear o Atendimento Educacional Especializado (AEE) a crianças autistas. Embora o material seja bem elaborado e acessível, ainda é pouco familiar a muitos educadores além de trazer como fundamentação teórica uma abordagem comportamental bastante questionável no meio científico.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional do Brasil, (Lei 9.394/96) também utiliza o termo preferencialmente quando se refere ao atendimento às crianças com deficiência.

*Art. 58º. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência:*

*§ 1º. Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.*

*§ 2º. O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.*

*§ 3º. A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil.*

Mais recentemente, a Lei 12.796 de 04 de abril de 2013 altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional estabelecendo o ensino obrigatório dos 04 aos 17 anos de idade no Brasil. Essa alteração, na prática, significa que os alunos chegarão à escola cada vez mais

cedo à escola, portanto, a escola precisa estar preparada para receber toda e qualquer criança em seu interior.

*Art. 4º :*

*I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, organizada da seguinte forma:*

- a) pré-escola;*
- b) ensino fundamental;*
- c) ensino médio;*

*II - educação infantil gratuita às crianças de até cinco (cinco) anos de idade;*

*III - atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino;*

Talvez um dos avanços significativos desta lei seja a utilização, no artigo 59º, do termo Transtornos Globais de Desenvolvimento pela primeira vez, o que pressupõe o reconhecimento do Estado com relação a existência e ao crescente número de casos de crianças autistas nas escolas brasileiras.

*Art. 59. Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação:*

*I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades;*

*II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados;*

*III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns;*

*IV - educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;*

*V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.*

Em suma, o acesso ao ensino público regular, a currículos flexíveis, técnicas e métodos que possam possibilitar a alunos com TID um desenvolvimento pleno de suas capacidades é assegurado por lei. Muitas escolas da rede pública estão realmente se empenhando para que toda criança brasileira esteja matriculada na escola dos quatro aos 17 anos, porém os esforços ainda são pequenos diante da demanda e diante da falta de estrutura seja ela física ou pedagógica da grande maioria dos estabelecimentos.

## 9- DAS TEORIAS PARA A PRÁTICA

Apesar das definições de Transtorno Invasivo de Desenvolvimento abordadas até o momento serem claras, compreender o real significado ser autista é bem mais complexo do ponto de vista social, porque em muitos casos são exatamente caracterizados pela total falta de interação entre o indivíduo e o mundo ao seu redor. A dificuldade de se realizar diagnósticos precoces e precisos, e também a especificidade de cada caso, que apresenta um quadro clínico diferenciado, com graus de comprometimento distintos, fazem com que os TID, para muitos sejam considerados muito mais uma desordem comportamental do que propriamente uma doença mental. Como afirma o Professor de Psiquiatria Infantil e Retardo Mental da Universidade da Califórnia, Los Angeles, Edward M. Ornitz:

*O autismo é um grave distúrbio no desenvolvimento do comportamento que não apresenta sinais neurológicos demonstráveis, nem uma neuropatologia consistente, nem mudanças bioquímicas ou metabólicas e nem marcadores genéticos. Múltiplas etiologias relativas às condições pré-períneo natais associadas ao Autismo aplicam-se a um quarto de todos os casos. Fatores etiológicos potenciais não foram identificados para o restante dos casos, embora haja evidência de um subgrupo com comportamento genético. (GAUDERER, 1997, p. 105)*

*O quadro clínico do autismo é complexo. O autismo é uma síndrome comportamental ímpar que consiste em determinados subconjuntos de sintomas. A maioria das descrições do autismo considera elementos essenciais da síndrome os distúrbios de relacionamento interpessoal, de comunicação e linguagem e de reações a objetos. Estes distúrbios são congruentes com a tríade sintomatológica do autismo que consiste de perturbações nas relações sociais recíprocas, na comunicação verbal e não verbal e na habilidade de brincar de modo criativo e de usar a imaginação que é, atualmente, a definição aceita para o Autismo. (GAUDERER, 1997, p. 107)*

Compreender o significado de se viver “preso em si mesmo”, se torna mais ainda complexo quando nos deparamos com casos de crianças, que se distanciam da realidade e se isolam em seu mundo interior. Numa sociedade pós moderna em que as pessoas se tornam cada vez mais individualistas fica ainda mais difícil precisar o que é desordem mental e o que

é desordem comportamental, já que em algum momento todos somos impelidos a vivenciar momentos de solidão e isolamento.

O psicoterapeuta Bruno Bettelheim, em *A Fortaleza Vazia*, tenta encontrar explicações para as causas do autismo a partir de um estudo de caso de três crianças com esse transtorno:

*... A pessoa ansiosa pode procurar um mínimo de segurança, primeiro reduzindo seu contato com um mundo que a angustia muito, Em casos mais graves, mais tarde poderá evitar tal contato e perder toda a confiança na sua capacidade para se relacionar com o mundo. Se o afastamento não for apenas temporário, poderá ver-se apanhada num círculo vicioso, onde a ansiedade leva ao afastamento da realidade, o alheamento, a uma ansiedade ainda maior e por fim a uma alienação mais permanente. Também aqui pouca diferença faz que a ansiedade surja devido à existência de perigos reais ou imaginários no mundo ou devido a algum processo psíquico interno. A hostilidade interna, por exemplo, poderá provocar uma ansiedade tremenda se estivermos convencidos de que, exteriorizando-a causará nossa destruição. (BETTELHEIM, 1967, p. 80)*

*Para proteger essa não ação, a única salvação da criança reside em se deixar levar à ação. Quaisquer estímulos que a atinjam vindos do exterior poderiam provocar ação, de forma que deverá tornar-se insensível ao que quer que a possa alcançar, vindo de fora. E como a hostilidade interna também pode induzi-la a agir, deverá tornar-se insensível ao que vier de sua própria psique. (BETTELHEIM, 1967, p.81)*

Embora suas observações tenham sido pioneiras no que se refere ao tratamento psicoterapêutico de crianças autistas e tenha contribuído de forma significativa para pesquisas posteriores, seus estudos também são considerados pouco ortodoxos. Principalmente devido à “teoria das mães geladeiras” muito popular entre as décadas de 1950 e 1960 nos Estados Unidos.

Baseada na alegação de que crianças autistas eram filhas de pais inteligentes, mas frios e insensíveis, incapazes de estabelecer vínculos afetivos com seus filhos, que por isso se refugiavam em um isolamento mental. As crianças eram então retiradas de seu convívio familiar e encaminhadas para instituições, numa tentativa de “salvá-las” da frieza e falta de amor e carinho de seus pais. Por mais de duas décadas estas teorias foram internacionalmente

aceitas no meio científico, entretanto, posteriormente a experiência de Bettelheim foi considerada exagerada e sem comprovação científica, além disso, ele não dispunha de qualificação para elaborar teorias sobre as causas do autismo.

Nos anos 60, profissionais começaram a contestar a opinião de Bettelheim e um deles foi o Dr. Eric Schopler. Em 1964, Bernard Rimland, psicólogo e pai de um autista, escreveu "Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior". Nesse livro, Rimland argumenta que o autismo é uma desordem biológica e não uma doença emocional. Este livro mudou a maneira de compreender o autismo e teve um grande impacto nos futuros tratamentos para pessoas com autismo. Com tudo isso, a teoria de Bettelheim perdeu a credibilidade, agravada pelas acusações de que as crianças "acolhidas" em sua instituição eram vítimas de maus tratos. Entretanto, o preconceito com relação aos pais ainda permanece. As famílias passaram a se isolar, acreditando que apenas elas sabiam o que era melhor para seus filhos, aumentando assim o mistério e o estigma de isolamento das crianças autistas.

De fato, se aproximar e conhecer uma criança autista é bastante complexo, tanto para as famílias, quanto para as outras pessoas que convivem com estas crianças.

Durante muitos anos convivi com uma família que tinha dois entre três filhos diagnosticados com autismo; eram dois meninos e uma menina e apenas a menina era considerada "normal". Era perceptível o constrangimento da família por ter dois filhos com este transtorno e a dificuldade em lidar com a situação. Era muito mais constrangedor ainda para a filha, na qual foram depositadas todas as expectativas de que ela fosse perfeita e a mais "normal" possível. Os garotos estudavam na APAE, a única instituição de apoio que atendia a crianças autistas na cidade naquela época.

A família diversas vezes evitava expor as crianças a qualquer situação que envolvesse interação social. Quando eram visitadas por alguém, as crianças eram retiradas e colocadas em um quarto ou em qualquer outro lugar, desde que fosse distante dos olhos dos visitantes. O garoto menor apresentava comportamentos repetitivos e em alguns momentos podia ser agressivo; tinha a fala pouco desenvolvida, apenas pronunciava poucas palavras repetidamente e podia bater ou morder as pessoas sem qualquer motivo aparente. Já o garoto maior, raramente tinha acessos de agressividade; ele apenas fugia quando encontrava o portão ou a porta da casa abertos. Também tinha a fala pouco desenvolvida, e um vocabulário ainda mais limitado que o de seu irmão, talvez pelo fato de que tenha começado a frequentar a instituição de apoio em uma idade mais avançada. Este garoto também apresentava comportamentos repetitivos, como apalpar o tempo todo os órgãos genitais, o que preocupava muito sua mãe, pelo fato de ser um adolescente. Ela relatava que várias vezes ele mostrava os órgãos genitais e os apalpava em público.

Uma questão interessante a ser observada é que para as outras pessoas o comportamento destes dois garotos era diferente, para eles era muito natural. A família tinha uma preocupação muito grande em protegê-los dos julgamentos e apontamentos de terceiros com relação à sua forma de lidar com a situação - o que é compreensível. Não me cabe analisar ou julgar a situação, apenas trazer o relato desta família convivendo com a realidade de ter duas crianças autistas.

### **9.1 - CASO HC - UNICAMP**

Já em Campinas, tive a oportunidade de trabalhar durante dois anos fazendo acompanhamento pedagógico de crianças internadas na Enfermaria de Pediatria do Hospital das Clínicas da Unicamp e esta experiência proporcionou meu primeiro contato, como

educadora, com uma criança autista em grau severo, uma garotinha de oito anos de idade. Fisicamente, ela não aparentava qualquer problema de saúde, mas não falava, nem se comunicava de forma alguma; evitava olhar as pessoas nos olhos, tinha comportamento repetitivo e parecia estar completamente perdida e alheia ao mundo que a cercava. Em nosso primeiro encontro, ela estava acompanhada pela mãe. A sala de recreação onde recebíamos as crianças era ampla, repleta de livros, brinquedos, havia também duas TVs, cinco computadores e um videogame.

A garotinha se sentou em frente a um dos computadores que era colorido e repleto de jogos educativos, mas parecia não entender como ele funcionava. Sua mãe então começou a clicar em alguns ícones e, ao selecionar um jogo, uma música tocava e uma voz de criança explicava como a criança deveria jogar. Isso durava poucos minutos e, quando as instruções terminavam, a garotinha ficava incomodada e batia no teclado para que a música voltasse a tocar e a voz de criança novamente explicasse as instruções para o jogo. A mãe então tentava explicar para a filha que não conseguia fazer com que a música e a voz retornassem. A menina começou a ficar nervosa e arranhou a mãe, ao mesmo tempo em que batia no teclado do computador.

Outra criança ligou uma das TVs, era época de carnaval e passava uma vinheta com uma jovem seminua dançando. A garotinha parou para observar: ela olhava a vinheta e olhava para si mesma, enquanto sua mãe dizia: “Ele é bonita, não é? Mas você é muito mais bonita que ela!”

Naquele dia, como a garotinha não se interessasse mais por nenhum brinquedo, a mãe a levou de volta ao quarto.

Nos dias que se seguiram ela voltou a frequentar a sala de recreação regularmente. Algumas vezes brincava, às vezes ela apenas parava diante de um brinquedo e ficava observando. Durante aproximadamente três semanas ela frequentou a sala, até que em certa

ocasião, teve um surto de agressividade, agredindo a si mesma e às enfermeiras que a acompanhavam. Receosas de que ela agredisse alguma outra criança, acharam mais conveniente mantê-la isolada do contato com outras crianças.

Passei então a visitá-la para levar alguns brinquedos e uma das enfermeiras que a acompanhava me contou que a menina permaneceria internada por um longo período de tempo, pois não tinha para onde ir já que havia sido retirada dos pais. Ela foi internada para fazer teste de HIV e para se submeter a um tratamento antirretroviral, pois era vítima de abuso sexual pelo pai e, segundo o relato da enfermeira, a mãe tinha conhecimento dos abusos e nunca tentou impedir ou denunciar o marido. O Conselho Tutelar entendeu que a mãe consentia com os abusos e ambos perderam definitivamente a guarda da criança. E até que o Conselho Tutelar decidisse encaminhá-la para adoção ou para uma instituição de apoio, ela permaneceria em observação.

Como educadora, não me compete fazer qualquer tipo de juízo de valor, no que diz respeito à relação da criança com sua família. Apenas trago este relato para compartilhar minha experiência ao acompanhar essa criança durante seu período de internação. Embora não pudesse manter um contato mais próximo com ela, pude observar que ela apresentava maior agressividade nos momentos em que a mãe estava presente. O Conselho Tutelar impediu as visitas da mãe à criança que passou a ser cuidada por duas enfermeiras e uma estagiária de Fonoaudiologia durante o período de internação.

Posteriormente, recebi a informação de que ela havia sido encaminhada a uma instituição de apoio até ser encaminhada à adoção, infelizmente, não tive mais notícias da menina.

## 10- O QUE NÓS PEDAGOGOS TEMOS A VER COM TUDO ISSO

Para propor uma discussão desta questão no âmbito pedagógico, é necessário compreender o papel, a natureza e a especificidade da educação.

A Educação é um fenômeno indispensável tanto nas sociedades civilizadas quanto nas sociedades primitivas. Nas sociedades primitivas, a educação visava a imutabilidade das técnicas de que se dispunha para sobrevivência, *“por isso tende a atribuir caráter sacro a tais técnicas, o que leva a proibir como sacrílega qualquer inovação ou correção”* (Abbagnano, 1998). Nas sociedades civilizadas existe uma preocupação em aparelhá-las para enfrentar situações de mudança, então a educação é mais flexível e corrigível com relação às técnicas de que dispõe para garantir a sobrevivência social. Cabe então à Educação o papel de transmiti-las, aperfeiçoá-las e corrigi-las. Este é o conceito de educação do ponto de vista social. A transmissão de suas técnicas se dava por meio da iniciativa dos indivíduos.

Do ponto de vista do indivíduo, a educação tem a ver com sua formação, amadurecimento gradativo e visa à aquisição da cultura.

Educar é um processo próprio dos seres humanos. Para compreender a natureza da educação, é necessário compreender a natureza humana, porque o ser humano não se adapta à natureza, mas adapta a natureza à sua realidade (Saviani, 2000). A educação é parte deste processo de transformação da natureza e esta transformação se dá a partir da produção de saberes que a tornem viável. A educação escolar tem um fim específico, que é a produção e disseminação do saber sistematizado. Não se educa apenas na escola, mas também fora dela. Como seres humanos, trocamos saberes o tempo todo, em todos os lugares.

A educação é, portanto, maior do que a escola, considerando que ela não se sustenta apenas do saber sistematizado, mas também de outros saberes não sistematizados.

*Mas, assim como a vida é maior que a forma, a educação é maior que o controle formal sobre a educação”* (BRANDÃO, 2007, p.103)

Na Grécia antiga, os pedagogos eram escravos a quem era confiada a função de conduzir as crianças de seus lares até os locais onde os grandes mestres as receberiam e lhes transmitiriam os saberes necessários para a vida na sociedade grega. Dizia-se, então, que as crianças aprendiam muito mais sobre a vida ao longo deste trajeto, do que com os mestres. Nos dias atuais, um pedagogo ainda é alguém que conduz a criança pelos caminhos da vida (Brandão, 2007)

A área de atuação de um pedagogo, é formar pessoas, apontar a elas possibilidades. Nosso objeto de estudo e de trabalho são as pessoas, e como elas se relacionam com o saber erudito, mas também como elas se relacionam com o mundo ao seu redor. Nas palavras do filósofo e pedagogo judeu Martin Buber, reconhecemos nos seres humanos a capacidade de se tornarem únicos.

*Para auxiliar a realização das melhores possibilidades existenciais do aluno, o professor deve apreendê-lo como esta pessoa bem determinada em sua potencialidade e atualidade, mais explicitamente, ele não deve ver nele uma simples soma de qualidades, tendências e obstáculos, ele deve compreendê-lo como uma totalidade e afirmá-lo nesta totalidade. (BUBER, 1982, p.150)*

Educar é uma relação de troca não apenas de conhecimento, mas também de experiências de vida entre educador e educando. Enquanto pedagogos, se a visão que temos de nós mesmos é a de que somos os únicos detentores do conhecimento, reduzimos nossa função à mediocridade. Precisamos também estar dispostos a aprender, a trocar experiências; devemos *“experienciar esta situação a cada manifestação e em todos os momentos, não só de seu lado, mas também ao lado de seu parceiro: ele deve exercitar o tipo de realização que eu chamo envolvimento.”* (Buber, 1982, p.151)

Por que os TID são uma questão pedagógica? A resposta é bem simples, pois, as crianças chegam até nós, educadores, cada vez mais cedo, muitas delas passam muito mais

tempo na escola do que em casa com suas famílias. A maioria dos casos são identificados em crianças com idade escolar e são os pedagogos e os coordenadores pedagógicos que encaminham estas crianças para o acompanhamento médico e psicológico e para os diagnósticos.

A maioria dos cursos de formação de professores não os prepara para lidar com educandos com TID em sala de aula. O que a maioria dos professores em formação tem de conhecimento referente ao assunto vem do senso comum.

Uma professora da rede pública, certa vez, participou de uma aula de Educação Especial para compartilhar conosco suas experiências no trato com um de seus educandos diagnosticado como autista. Ela relatou a dificuldade dos pais em lidar com este diagnóstico e sua própria dificuldade para conseguir se aproximar deste educando, comunicar-se com ele e fazê-lo se comunicar com a professora e com os demais colegas. Relatou também que até aquele momento, ela desconhecia completamente os TID. Quando questionada sobre o grau de comprometimento do transtorno em seu educando, a professora disse não saber. Teve início então uma discussão, o pedagogo não precisa ser especializado na deficiência, mas no aluno. É uma perspectiva pedagógica, de que trabalhamos com seres humanos e eles são mais do que apenas sua capacidade física ou intelectual. E é uma perspectiva interessante, porém considerando a complexidade e as características específicas de cada caso TID não pode e não deve ser pautada na ignorância, porque essas crianças estão sob nossa responsabilidade, e para educa-las precisamos conhecê-las. Embora o autismo não seja tudo o que a define, ele constitui uma parte daquilo que ela é. Também porque a ignorância muitas vezes leva ao senso comum, aos estereótipos e às categorizações e rotulações, e outras práticas que criticamos tão veementemente e que são tão facilmente identificadas nas escolas.

Foram realizados muitos contatos com escolas públicas para a realização deste trabalho. Escolas realmente comprometidas em proporcionar educação a todos os alunos, que

desenvolvem um ótimo trabalho com alunos autistas. Eles frequentam classes regulares e são atendidos duas vezes por semana por professoras de Atendimento Educacional Especializado (AEE) que acompanham o desenvolvimento de cada aluno. Alguns inclusive frequentam instituições de apoio no contra turno escolar.

Embora estes alunos sejam atendidos na escola regular, de acordo com a análise de muitos educadores, as perspectivas de progressão nos estudos são bastante limitadas e os educadores se mostram receosos com relação ao futuro destas crianças. Até certo ponto o receio destes educadores é compreensível, mas não justificável. O que uma pessoa é capaz de realizar independe de sua condição social ou de suas limitações, dado que limitados todos nós somos, Uns são mais hábeis para algumas coisas e para outras, não.

O fato é que ao pensar dessa maneira, desconsidera-se algo de vital importância, principalmente para nós educadores, ou seja, o fator humano. Se não acreditamos que um educando possa se desenvolver e ser o que quer ser, nossa profissão perde o sentido. Todo ser humano tem suas limitações e ainda assim é capaz de grandes realizações, independentemente de sua condição física, psicológica, sensorial ou emocional. A limitação é uma parte do que nós seres humanos somos, mas não é tudo. O que nos leva a um conceito muito utilizado em Psicologia, o da profecia auto realizadora, ou ao chamado “Efeito Pigmaleão”. Na Mitologia Grega, Pigmaleão era um soberano de Creta, que amava esculpir e dedicava todo o seu tempo a lavrar a pedra. Revoltado com a vulgaridade e a prostituição das mulheres cretenses no templo da deusa Afrodite, Pigmaleão optou pelo celibato e dedicou-se a exercer plenamente a sua arte.

Embora estivesse desiludido com as mulheres, Pigmaleão começou a esculpir uma mulher de marfim, com todos os atributos que, de acordo com sua crença, seriam os de uma mulher perfeita: beleza, doçura e graça e chamou-a de Galathea. A estátua se tornou uma

reprodução fiel da deusa Afrodite, que, ofendida, vingou-se fazendo com que o pobre escultor se apaixonasse perdidamente por sua obra.

Dia e noite, Pigmaleão permanecia ao lado de sua estátua, imaginando como seria feliz se pudesse viver ao lado dela. Diante de tanto amor, Afrodite se comoveu e deu vida à estátua. Enquanto admirava sua obra, Galathea se moveu, descendo do pedestal e se aproximou de seu criador. Pigmaleão, tendo seus sonhos realizados, tomou Galathea como esposa e juntos tiveram um filho chamado Paphos, que fundou uma cidade com o mesmo nome. Hoje, Paphos é uma bela e antiga cidade, que é um destino de sonho para turistas enamorados.

O mito de Pigmaleão ilustra o poder da expectativa, que faz com que as pessoas se tornem a imagem que temos delas. Em outras palavras, se enxergamos em nossos educandos apenas a sua limitação, é só o que iremos reforçar, fazendo com que muitas vezes uma deficiência aparente se transforme em uma deficiência real. Essa foi a realidade que encontrei em muitas das escolas que visitei para vivenciar mais de perto a questão da inclusão. Ouvi relatos sobre educandos que, realmente, deixaram os estudos concretizando a baixa expectativa dos seus professores.

Do ponto de vista pedagógico, criar expectativas em relação ao educando é algo comum e às vezes perigoso, porque se lançamos nossas expectativas sobre o que queremos que ele se torne sem nos preocupar com o que ele quer e pode ser, então educamos para nós mesmos, não para a vida. Pigmaleão, nesta perspectiva, não estava apaixonado por Galathea, mas por sua capacidade criativa.

Em contrapartida, tive contato com um jovem com Síndrome de Asperger, extremamente inteligente, mas também com extremas dificuldades para interagir socialmente. Ele foi diagnosticado precocemente e desde muito cedo recebeu acompanhamento pedagógico, médico e psiquiátrico em uma instituição de apoio (acompanhamento este que

ainda recebe), frequentou a escola regular e recentemente recebeu o título de Mestre em Ciências Biológicas pela UNICAMP.

O ser humano é capaz de se superar, porém a superação deve ser desejo da pessoa e não uma imposição de outrem.

Embora muitos diagnósticos sejam realizados por meio de intervenções de educadores na sala de aula, não podemos também deixar de considerar que não havendo exames específicos para a identificação dos TID, todo o diagnóstico é realizado a partir de uma análise comportamental. Apesar de as escalas serem uma forma de garantir a precisão desses diagnósticos, a possibilidade de um equívoco não pode ser descartada. Muitos de nós já tivemos nossos momentos de isolamento, o que realmente pode ser decorrente uma doença mental, mas, também pode ser apenas um reflexo da vida em uma sociedade que preza pelo individualismo, pela vida solitária, que aposta nos relacionamentos virtuais em detrimento às relações interpessoais, que anseia e, ao mesmo tempo, teme o contato direto com o outro. Uma sociedade em que os interesses das grandes corporações se sobrepõem aos interesses do indivíduo, levando-o a buscar a solução para os mais simples conflitos da existência humana em terapias e medicamentos. Thomas Szas afirma que *“... a noção de doença mental é usada hoje, sobretudo para esconder e invalidar problemas de relacionamento pessoal e social, assim como a noção de bruxaria foi utilizada no início da Idade Média, até bem depois da Renascença.”*

Lou Marinoff (2002) faz uma análise interessante e provocativa sobre o assunto ao lançar uma dúvida com relação a confiabilidade dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Doenças Mentais (DSM), considerando que muitos laboratórios farmacêuticos financiam pesquisas na área de neuropsiquiatria e obtém lucro com a venda de medicamentos para doenças mentais.

*Embora nunca se tenha comprovado que a maioria das chamadas doenças mentais no DSM seja causada por um distúrbio cerebral, a indústria farmacêutica e os psiquiatras que prescrevem drogas se comprometem a identificar o máximo possível de "doenças mentais".*

*Por quê? Pelas razões de sempre: poder e lucro.*

*Considere o seguinte: em 1952, o DSM-I listou 112 distúrbios. Em 1968, o DSM-II listou 163 distúrbios. Em 1980, o DSM-III listou 224 distúrbios. A última edição, o DSM-IV, de 1994, lista 374 distúrbios. Na década de 80, psiquiatras calcularam que um em cada dez americanos estava mentalmente doente. Na década de 90, um em dois. Em breve serão todos — exceto, é claro, os psiquiatras. Eles descobrem a "doença mental" em toda parte — exceto no laboratório — e prescrevem o maior número de drogas que o seu plano de saúde cobre. (p.37)*

Há que se realizar uma análise cuidadosa da situação do educando, que não seja baseada apenas em pressuposições. Infelizmente a banalização das doenças mentais chega à escola, onde toda criança que não aprende, ou que não se encaixa nos padrões comportamentais de normalidade preestabelecidos pelos educadores é considerada autista, hiperativa ou com déficit de atenção. Mas a realidade é que elas são apenas reflexo da sociedade impaciente, intolerante e ignorante em que vivem.

Por fim, chegamos às abordagens educacionais, as quais, embora sejam assim chamadas, não são baseadas em estudos pedagógicos, mas em estudos de Psicologia Comportamental, o que nos leva a questionar porque exatamente elas são classificadas como educacionais. Acrescentando a isso o fato de que há uma impossibilidade de se realizar uma mente humana não pode ser diretamente observada, o que pode levar à imprecisão diagnóstica.

*...Como a mente ou psique não tem características físicas, todas as observações são indiretas e todas as conclusões são indiretas e todas as conclusões são mais subjetivas e menos determinadas do que nas ciências físicas. (MARINOFF, 2002, p.42)*

Também podemos pressupor que se uma abordagem é realmente educacional, considere o fator humano, já que: *“pensar no homem como nada além de uma criatura que*

*responde de maneira controlável a estímulos específicos diminui a nossa condição humana... Somos mais do que apenas nosso condicionamento...*” (Marinoff, 2002). Porém a ausência de estudos nesta perspectiva nos leva a lidar com os TID apenas nos âmbitos psicológico e neuropsiquiátrico. Não se pode negar que a Psicologia Comportamental realmente produza bons resultados nas intervenções voltadas para os TID, contudo estes resultados não podem ser generalizados. Há relatos na França, por exemplo, de pesquisadores que tentaram aplicar a abordagem TEACCH no país e que chegaram à conclusão de que ela foi desenvolvida em um local específico, para um conjunto específico de pessoas com os transtornos, portanto não seria possível aplicá-lo, integralmente, em outros locais. No Brasil, estas abordagens são adotadas por instituições de apoio. A PECS ou Comunicação Alternativa e Aumentativa, é utilizada em escolas públicas, para facilitar a comunicação de entre educadores e educandos com TID. São escassos os relatos da utilização das outras abordagens num contexto de educação em massa e também são raros os estudos que proponham uma abordagem que considere as características específicas de crianças brasileiras que sofrem com os TID.

Enfim, mesmo com todos os avanços tecnológicos utilizados para classificar, diagnosticar, tratar e intervir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com TID, o Brasil ainda é um país que tem muito a avançar nesse sentido, seja na criação de políticas públicas, na formação de educadores para atuar na área, mas principalmente promovendo uma discussão mais ampla sobre o assunto. A educação brasileira tem muito a avançar no sentido de reconhecer a precariedade de estudos nesta área.

## 11- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A normalidade é um conceito relativo, principalmente no que se refere aos seres humanos, os quais, contraditoriamente, se habituaram a estabelecer padrões para o desenvolvimento e de comportamento.

Nessa perspectiva, os comportamentos atribuídos como sendo característicos de uma criança com TID não seriam considerados anormais se não tivéssemos estabelecido normas sobre o que é comportamento politicamente correto. Por isso conceituar e classificar de doença mental os TID é complexo. A mente humana é uma estrutura ainda desconhecida, a normalidade e a anormalidade, subjetivas.

Assim como existem pessoas com maior ou menor habilidade em estabelecer relações interpessoais, ou em ter desenvolvido um apego objetos, há casos de pessoas com TID que chegam ao extremo de estabelecer uma relação amorosa com objetos, e não se sentem confortáveis com contato (físico, inclusive) com outro ser humano. Estar alheio ao que os cerca não significa incapacidade de aprender. Estas ideias são típicas do senso comum, e é este senso comum que gera o preconceito com relação às pessoas com TID.

Iniciei este trabalho compartilhando minha experiência pessoal, como possível pessoa com autismo, alguém que tenta se encontrar em um mundo de padrões preestabelecidos e que não condizem com a realidade. E, embora não tenha sido este o foco do trabalho, o preconceito com relação às portadores de TID é real e como qualquer outro tipo de preconceito também é cruel, porque não apenas a pessoa com TID é atingida por este preconceito, mas também sua família, é considerada “anormal”. Daí as intervenções educacionais se estenderem até às suas famílias.

Pode-se pensar que TID e educação não estão relacionadas, mas ambos estão interligados e afetam seres humanos, e conseqüentemente as teorias e práticas pedagógicas.

Considerando como objeto de estudo e de trabalho neste TCC os seres humanos e sua relação com o conhecimento, com o mundo e com a vida. Há que se desenvolver e compartilhar práticas pedagógicas que busquem o desenvolvimento pleno do aluno com TID, um desenvolvimento focado nas expectativas, nas possibilidades, nos desejos e nos anseios destas crianças e não apenas dos educadores. Um desenvolvimento que vá além da escola e que sirva para a vida.

Conforme demonstrado neste trabalho, há uma infinidade de teorias e pesquisas voltadas para uma análise dos TID no âmbito da saúde mental e são os profissionais da saúde que estão ensinando os professores e pais como educar uma pessoa com TID, seja do ponto de vista biológico, físico, psicológico e mental. Acontece que os propósitos da educação são mais amplos e exigem preparação e conhecimentos muito mais abrangentes dos educadores. Abordagens educacionais que se limitam a estabelecer regras e padrões para “controlar” o comportamento de uma criança não podem ser consideradas educacionais, porque a educar não é isso. Educar é conhecer, ouvir, afetar e se permitir ser afetado, acertar e errar, é aprender também a duvidar, acreditar no outro e na sua transformação.

Concluo, reafirmando que, conquanto meu objetivo ao realizar este trabalho tenha sido lançar uma perspectiva pedagógica sobre os TID, e para tal tenha utilizado uma série de conceitos psicológicos e neuropsiquiátricos. Eu reconheço, como pedagoga, que realmente não cabe apenas uma especialização em Transtornos Invasivos de Desenvolvimento, mas uma mudança no ensino, na direção de uma melhor qualidade da educação para os educandos em geral. O aluno com TID é um ser humano e, portanto, muito mais do que suas habilidades ou limitações escolares e mais do que sua condição física ou mental. Ser uma pessoa com TID é uma especificidade, uma parte da pessoa, que se modifica interna e externamente,

diferenciando-se continuamente. Mas uma parte desse todo que não pode simplesmente ser ignorada, mas precisa ser discutida e pesquisada.

E concludo com a esperança de que minhas inquietações de pedagoga provoquem e afetem outros pedagogos a buscar mais conhecimento nesta área e a agir para permitir que tais educandos vivam e se expressem livremente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia; Tradução Alfredo Bosi. 2. Ed. São Paulo. Martins Fontes; 1998. 1014p.

AMA, Associação de Amigos do Autista. Apresenta informações sobre transtorno autístico. São Paulo: Disponível em: <http://www.ama.org.br/site/pt/autismo.html>. Acesso em: 23 set 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR-TM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed; 2002.

AMY, M. Dominique. **Enfrentando o autismo: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica/** Marie Dominique Amy; tradução, Sérgio Tolipan; prefácio à edição brasileira, Marta Midori Yoshijima. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001. 205p.

AUTISMO E REALIDADE. Associação de Estudos e Apoio. Apresenta informações sobre autismo a familiares e divulgação de pesquisas científicas sobre o assunto. São Paulo. Disponível em: <http://www.autismoerealidade.com.br/> . Acesso em: 28 nov 2012.

APA, American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV TR**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BAUER, S. Asperger Syndrome – Trought the Lifespan. New York, The developmental unit, Genesee Hospital Rochester, 1995. *In*: TEIXEIRA, Paulo. **Síndrome de Asperger**. Portugal. 2005. 11p. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0254.pdf> . Acesso em: 12 mai 2012.

BERUMENT, S. K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A., Bailey, A. (2000) "**Autism Screening Questionnaire: diagnostic validity**" British Journal of Psychiatry 175: 444-451.

BERUMENT, S., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A., & Bailey, A. (1999). **Autistic screening questionnaire: Diagnostic validity**. British Journal of Psychiatry, 175, 441–451.

BETTELHEIM, Bruno. **A fortaleza vazia**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1987. 503p.

BOSA, C. e CALLIAS, M. **Autismo: breve revisão de diferentes abordagens**. In: Psicologia: Reflexão e Crítica. vol. 13 n.1 .Porto Alegre, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722000000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722000000100017&script=sci_arttext)> . Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Artigo 23º**. Referente à responsabilidade do Estado cuidar da saúde de pessoas com deficiência. Brasília. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 15 abr. de 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Artigo 24º**. Responsabilidade do da União, Estados e Distrito Federal de proteger e integra pessoas com deficiência. Brasília. Disponível em:<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso: 15 abr. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Artigo 227º**. Trata de dos direitos de proteção à criança e adolescente e atendimento especializado para pessoas com deficiência. Brasília. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso: 15 abr. 2013

BRASIL, Constituição (1998). **Artigo 208º (Emenda Constitucional nº 59 de 11 de novembro de 2009)**. Torna a educação básica obrigatória e gratuita dos 04 aos 17 anos. Brasília. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc59.htm#art1](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc59.htm#art1)>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007, 15p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2012.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. Tradução do alemão, introdução e notas de Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo. Cortez e Moraes, 1977. 170p.

CASTRO, R. Cabral Monteiro de. **Vozes no silêncio: um grupo de formação crítico-reflexiva de professoras de alunos com autismo**. In: Psicol. educ. n.21. São Paulo dez. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752005000200007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752005000200007&script=sci_arttext)> . Acesso em: 20 out. 2012.

COSTA, A. M. B. **Currículo Funcional no contexto da educação inclusiva**. Cintra/Portugal, 2006.

DILAVOR, P.; LORD, C.; RUTTER, M. (1995). **Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS)**. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 355–379.

FOLSTEIN S.; RUTTER, M. (1977). **Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 297-321.

GAUDERER, E. Christian (Ernest Christian). **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. Brasília, DF: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1993. 348 p.

GEORG, A.E.; DUNCAN, B.B.; TOSCANO, C.M.; SCHMIDT, M.I.; MENGUE, S.; DUARTE, C. et al. **Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil**. *Rev Saúde Publ.* 2005; 39 (3):452-60.

GOMES, L. L. Adriana. et al. **Atendimento Educacional Especializado: Deficiência mental. Formação Continuada à Distância de Professores para o Atendimento Educacional Especializado**. Brasília: SEESP, SEED, MEC, 2007. 88p. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae\\_dm.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae_dm.pdf). Acesso em: 04 nov. 2012.

HAPPÉ, F. G. E. (1995). **The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism**. *Child Development*, 66, 843–855.

HUME, David. **A treatise of human nature**. D. F. Norton and M. J. Norton (eds.), Oxford: Oxford University Press, 2000. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/nav.php?s\\_livro\\_id=6&capitulo\\_id=77&autor\\_id=&sub\\_capitulo\\_id=647&arquivo=ver\\_pop\\_up](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/nav.php?s_livro_id=6&capitulo_id=77&autor_id=&sub_capitulo_id=647&arquivo=ver_pop_up)>. Acesso em: 20 fev. 2013.

HUME, David. **An enquiry concerning human understanding**. T. L. Beauchamp (ed.), Oxford: Oxford University Press, 1999; Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/nav.php?s\\_livro\\_id=6&capitulo\\_id=77&autor\\_id=&sub\\_capitulo\\_id=647&arquivo=ver\\_pop\\_up](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/nav.php?s_livro_id=6&capitulo_id=77&autor_id=&sub_capitulo_id=647&arquivo=ver_pop_up)>. Acesso em 20 mai 2013.

KANNER L. **Autistic disturbances of affective contact**. *Nerv Child*.1943; 2:217-50.  
Kobayashi, R., Murata, T., & Yoshinaga, K. (1992). A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi areas, Japan. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 395–411.

KRUG, D.A.; ARICK, J.; ALMOND, P. **Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior**. *J Child Psychol Psychiatry*. 1980; 21(3):221-9.

KRUG, D.; ARICK, J., ALMOND, P. **Autism Behavior Checklist – ABC**. In: Krug DA, Arick J, Almond P. *Autism Screening Instrument for Educational Planning- ASIEP-2*. Austin, Texas: PRO-ED; 1993.

KRUG D.A.; ARICK J, ALMOND, P. **Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior**. *J Child Psychol Psychiatry*. 1980; 21 (3):221-9.

LE COUTEUR, A.; RUTTER, M.; LORD, C.; RIOS, P.; ROBERTSON, S.; HOLDGRAFER, M.; et al. **Autism diagnostic interview: a standardized investigator based instrument**. *J Autism Dev. Disord*. 1989; 19: 363–87.

LE COUTEUR, A.; RUTTER, M.; LORD, C.; RIOS, P.; ROBERTSON, S.; HOLDGRAFER, M.; et al (1989). **Autism diagnostic interview: A standardised**

**Investigator-based instrument.** Journal of Autism and Developmental Disorders, 19, 363–387.

LEON, Viviane de; BOSA, Cleonice; HUGO, Cristina et al. **Propriedades psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R.** Aval. psicol., jun. 2004, vol.3, no.1, p.39-52. ISSN 1677-0471.

LEON, V. C.; LEWIS, S. M. S. (1995). **Programa TEACCH.** Em J. S. Schwartzman & F. B. Assumpção (Orgs.), Autismo infantil (pp.233-263). São Paulo: Memnon.

LEON, V. C.; LEWIS, S. M. S. (1997). **Grupos com autistas.** Em L. C. Osorio & D. E. Zimerman (Orgs.), Como trabalhamos com grupos (pp. 249-267). Porto Alegre: Artes Médicas.

LUIZ, RR & Schuchiner, CJ. **Inferência Causal em Epidemiologia** – o modelo de respostas potenciais,. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 200. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/nav.php?s\\_livro\\_id=6&capitulo\\_id=77&autor\\_id=&sub\\_capitulo\\_id=647&arquivo=ver\\_pop\\_up](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/nav.php?s_livro_id=6&capitulo_id=77&autor_id=&sub_capitulo_id=647&arquivo=ver_pop_up)> . Acesso em 20 mai 2013

LIMA, Anderson de Moura. **O Conceito de Análise do Comportamento.** 2009. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/abordagens/comportamental/o-conceito-de-analise-do-comportamento>> . Acesso em: 03 set 2012.

LORD, C.; RUTTER, M.; LE COUTEUR, A. (1994). **Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders.** Journal of Autism and Developmental Disorders, 24, 659-685.

LORD, C.; RUTTER, M.; GOODE, S.; HEEMSBERGEN, J.; JORDAN, H., MAWHOOD, L.; SCHOPLER, E. (1989). **Autism Diagnostic Observation Schedule: A**

**standardized observation of communicative and social behavior.** *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 185–212.

MARINOFF, Lou. **Mais Platão menos Prozac: a filosofia aplicada ao cotidiano.** Tradução de Ana Luiza Borges. 5. ed. Rio de Janeiro. Editora Record. 2002.

MAHONEY, W.; SZATMARI, P.; MACLEAN, J.; BRYSON, S.; BARTOLUCCI, G.; WALTER, S.; HOULT, L.; JONES, M. (1998). **Reliability and accuracy of differentiating pervasive developmental disorder subtypes.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 278–285.

MARTELETO, M.R.; SCHÖEN-FERREIRA T. H.; GUEDES, D.Z.; PEDROMÔNICO M.R. **Confiabilidade do Inventário de Comportamentos Autísticos - ICA: observação de mães e professoras da criança com Transtorno Autista.** In: Congresso Internacional Latino Americano de Investigação Pediátrica; Ribeirão Preto, São Paulo; 2005. MAGYAR, C.I.; PANDOLFI, V. **Factor structure evaluation of the childhood autism rating scale.** *J Autism Dev Disord.* 2007;37: 1787-94.

MARTELETO, Márcia Regina Fumagalli e PEDROMONICO, Márcia Regina Marcondes. **Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2005, vol.27, n.4, pp. 295-301. ISSN 1516-4446.

MARTELETO, Márcia Regina Fumagalli et al . **Administration of the Autism Behavior Checklist: agreement between parents and professionals' observations in two intervention contexts.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 30, n. 3, Sept. 2008.

MARTELETO M.R.; PEDROMÔNICO M. R. **Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study.** *Rev Bras. Psiquiatr.* 2005;27(4):295-301.

MENEGHETTI, Antônio. **Dicionário de Ontopsicologia**. 2 ed. rev. Recanto Maestro: Ontopsicologica Editrice, 2008. 298p.

MESIBOV, G. B., SCHOPLER, E., & HEARSEY, K. A. (1994). **Structured teaching**. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Behavioral issues in autism: Current issues in autism*. New York: Plenum Press.

MIRANDA-LINNE, F.M.; MELIN, L. **A comparison of speaking and mute individuals with autism and autistic-like conditions on the Autism Behavior Checklist**. *J Autism Dev Disord*. 1997; 27 (3):245-64.

MURRAY, H. A. (1938). **Explorations in personality**. New York: Oxford.

PEREIRA, Alessandra; RIESGO, Rudimar S.; WAGNER, Mario B. **Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil**. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 84, n. 6, Dec. 2008.

RELLINI, E.; TORTOLANI, D.; TRILLO, S.; CARNONE, S.; MONTECCHI, F. **Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist (ABC) correspondence and conflicts with DSM-IV criteria in diagnosis of autism**. *J Autism Dev Disord*. 2004; 34:703-8.

ROBINS, D.L.; FEIN, D.; BARTON, M. L.; GREEN, J. A. **The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders**. *J Autism Dev Disord*. 2001;31(2):131-44.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia historico-critica: primeiras aproximações**. 7. ed.. Campinas, SP: Autores Associados, 2000. 128p.

SATO, Fábio Pinato et al. **Instrumento para rastreamento dos casos de transtorno invasivo do desenvolvimento: estudo preliminar de validação**. *Rev. Bras. Psiquiatr.*

[online]. 2009, vol.31, n.1, pp. 30-33. ISSN 1516-4446. doi: 10.1590/S1516-44462009000100008.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.; RENNER, B. R. **The Childhood Autism Rating Scale (CARS)**. 10th ed. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1988.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R. J.; BASHFORD, A.; LANSING, M. D.; MARCUS, L. M. (1990). **Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)**. Texas: Pro-ed. Sevin JA, Matson JL, Coe DA, Fee VE, Sevin BM. A comparison and evaluation of three commonly used autism scales. *J Autism Dev Disord*. 1991;21(4):417-32.

STELLA, J.; MUNDY, P.; TUCHMAN, R. **Social and nonsocial factors in the Childhood Autism Rating Scale**. *J Autism Dev Disord*. 1999;29: 307-17.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Biblioteca Central. Programa de Capacitação de Usuários em Informação Científica e Tecnológica. **Guia de Normalização ABNT para referências e citações**. Campinas, BCCL/SBU, 2008. 48f. Disponível em: <[http://www.bibli.fae.unicamp.br/download/apostila\\_abnt.pdf](http://www.bibli.fae.unicamp.br/download/apostila_abnt.pdf)> . Acesso em 04 nov. 2012

VATAVUK, Marialice de Castro. **Método TEACCH**. 2004. 15p. Disponível em: <<http://www.profala.com/artautismo1.htm>>. Acesso em: 21 mar 2013.

VENTER, A.; LORD, C.; SCHOPLER, E. (1992). **A follow-up study of high-functioning autistic children**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 489–507.

## ANEXOS

## COMPORTAMENTOS DO INDIVÍDUO COM AUTISMO

(Segundo a ASA)



USA AS PESSOAS COMO  
FERRAMENTAS



RESISTE A MUDANÇAS  
DE ROTINA



NÃO SE MISTURA COM  
OUTRAS CRIANÇAS



APEGO NÃO APROPRIADO  
A OBJETOS



NÃO MANTÉM CONTATO  
VISUAL



AGE COMO SE FOSSE  
SURDO



RESISTE AO APRENDIZADO



NÃO DEMONSTRA MEDO  
DE PERIGOS



RISOS E MOVIMENTOS  
NÃO APROPRIADOS



RESISTE AO CONTATO  
FÍSICO



ACENTUADA  
HIPERATIVIDADE FÍSICA



GIRA OBJETOS DE  
MANEIRA BIZARRA E  
PECULIAR



ÀS VEZES É AGRESSIVO  
E DESTRUTIVO



MODO E  
COMPORTAMENTO  
INDIFERENTE E ARREDIO

PECS





Visualiza-se uma prancha de comunicação com dezoito símbolos gráficos PCS cujas mensagens servirão para escolher alimentos e bebidas. Os símbolos PCS estão organizados por cores nas categorias social (oi, podes ajudar?, obrigada); pessoas (eu, você, nós); verbos (quero, comer, beber); substantivos (bolo, sorvete, fruta, leite, suco de maçã e suco de laranja) e adjetivos (quente, frio e gostoso).

**TEACCH**

Sala de aula de TEACCH um quadro em que a rotina de cada criança é descrita, para que o educando possa identifica-la e segui-la.