

ANA MARIA TARCITANO DOS SANTOS

AUTISMO: DESAFIO NA ALFABETIZAÇÃO E NO CONVÍVIO
ESCOLAR

**CRDA
SÃO PAULO
2008**

ANA MARIA TARCITANO DOS SANTOS

**AUTISMO: DESAFIO NA ALFABETIZAÇÃO E NO CONVÍVIO
ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
CRDA – Centro de Referência em Distúrbios de
Aprendizagem, como exigência parcial para
obtenção do grau de Especialização Lato Sensu em
Distúrbios de Aprendizagem. Sob a orientação do
Professor Mestre Orlando Pereira de Souza Junior

**CRDA
SÃO PAULO
2008**

ANA MARIA TARCITANO DOS SANTOS

**AUTISMO: DESAFIO NA ALFABETIZAÇÃO E NO CONVÍVIO
ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em
____/____/_____, pela comissão julgadora:

**CRDA
SÃO PAULO
2008**

Dedicatória

Dedico a todas as famílias que se sentem desamparadas diante do diagnóstico de autismo em seu filho, e a todas as pessoas envolvidas em meu trabalho e que contribuíram com meu aprendizado.

RESUMO

No Brasil não existe a preocupação ao atendimento de crianças autistas, há uma total desatenção para com a formação adequada de profissionais das áreas de medicina, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, entre outras. No currículo destes cursos, as informações sobre autismo são pobres e obsoletas, o que por sua vez impede que o trabalho de investigação diagnóstica e intervenção ocorram em tempo hábil. A escola recebe uma criança com dificuldades em se relacionar, seguir regras sociais e se adaptar, esse comportamento é logo confundido com falta de educação e limite. E por falta de conhecimento alguns profissionais da educação não sabem reconhecer e identificar as características de um autista. É importante que a escola saiba diferenciar e encaminhar para um profissional capaz de realizar o diagnóstico. Diante do diagnóstico e o resultado do PEP-R, o professor poderá criar um plano de ensino para aquela criança, com conteúdos próximos a idade global do autista. Não devemos pensar no autismo como algo distante e condenado ao isolamento em escolas especializadas. Existem muitas coisas que podem ser feitas pelo autista, a principal é acreditar que ele tem potencial para aprender, é preciso saber que ele enxerga o mundo de forma diferente, mas vive no nosso próprio mundo, e cabe a nós não deixá-lo ficar fora da escola e privado do convívio social.

Palavras-chave: Autista; diagnóstico; potencial para aprender.

ABSTRACT

In Brazil there is not a concern about autistic children. There is a total inattention to the training of professionals in the fields of medicine, psychology, pedagogy, phonology, among others. In the curriculum of these courses, the information about autism are poor and outdated which prevents the work of research and diagnostic intervention occur in a timely fashion. The school received a child who is having problems relate to follow social rules, this behavior is just confused with lack of education and limits. And because of the lack of knowledge of some professionals, the do not know how to recognize and identify the characteristic of an autistic child. It is important that the school knows how to work with this child. Facing the diagnosis and result of PEP-R, the teacher can create a effective plan to work with that child. We should not think about autism as something distant and condemned to isolation in special schools. There are many things that can be made by autistic child. The main thing is to believe that the autistic child has a great potential to learn. We need to know that he sees the world differently and he lives in his own world. It is up to us not let him be out of the school and be deprived of social interaction.

Key-words: autistic; diagnostic; potential to learn

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO 1 - Entendendo a inteligência, a aprendizagem.....	11
CAPÍTULO 2 - Autismo	15
2.1.Etimologia da palavra.....	15
2.2.Definição.....	15
2.3.Causas.....	17
2.4.Características comportamentais.....	18
2.5.Critérios diagnósticos de autismo.....	20
2.6.Tratamento.....	22
CAPÍTULO 3 - Família e Autismo.....	26
CAPÍTULO 4 - Propostas Educacionais.....	30
CAPÍTULO 5 - Metodologia.....	33
5.1. Análise dos dados.....	34
Considerações Finais.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	36

LISTA DE QUADROS

Levantamento bibliográfico de artigos de revistas acerca do tema.....33

INTRODUÇÃO

Nosso País caminha com grandes dificuldades em direção ao atendimento de nossos hum milhão de autistas. Seguimos uma postura assistencialista, típica de países do Terceiro Mundo. (BORALLI, 2007)

Entidades organizadas lutam para que esta postura ceda lugar a propostas que visem à garantia dos direitos das pessoas portadoras de necessidades especiais, que se tornam, então, sujeitos do processo de sua integração social.

O atendimento à pessoa autista, no entanto, fica a cargo das associações de pais e de algumas iniciativas privadas. O custo para se dar um atendimento digno e adequado a uma criança autista é tão alto, que inviabiliza o acesso da maioria da população afetada, não garantindo, portanto, os direitos previstos na Constituição Federal, art. 23 II. É também a cargo das associações que ficam o esclarecimento, apoio e treinamento das famílias. Mais do que isso, as associações têm estendido sua atuação no treinamento e formação de profissionais, posto que a situação do Brasil neste sentido é crítica. Há uma total desatenção para com a formação adequada de profissionais das áreas de Medicina, Psicologia, Pedagogia, Fonoaudiologia, entre outras. (BORALLI, 2007)

No currículo destes cursos, as informações sobre autismo são pobres e obsoletas, o que por sua vez, impedem que o trabalho de investigação diagnóstica e intervenção ocorram em tempo hábil. No que se refere à bibliografia, também é escassa. A maioria dos textos é importada e traduzida, assim como as experiências nesta área.

A escola recebe uma criança com dificuldades em se relacionar, seguir regras sociais e se adaptar ao novo ambiente. Esse comportamento é logo confundido com falta de educação e limite. E por falta de conhecimento, alguns profissionais da educação não sabem reconhecer e identificar as características de um autista, principalmente os de alto funcionamento, com grau baixo de comprometimento.

Os profissionais da educação não são preparados para lidar com crianças autistas e a escassez de bibliografias apropriadas dificulta o acesso à informação na área.

A escola tem importante papel na investigação diagnóstica, pois é o primeiro lugar de interação social da criança separadas de seus familiares, é onde a criança

vai ter maior dificuldade em se adaptar às regras sociais, tarefa muito difícil para o autista.

O diagnóstico é apenas o primeiro desafio que o Brasil precisa enfrentar. Em seguida, vem o mais complicado, o tratamento. Ele tem de ser individualizado e envolve uma série de profissionais.

Realizar um trabalho voltado para as dificuldades que envolvem o tema já justificaria a abordagem do mesmo.

Trata-se de um levantamento bibliográfico acerca do tema seguido de algumas observações pautadas na experiência da autora com esse público.

Faz-se necessário entender o processo de desenvolvimento e aprendizagem e, para isso, utilizaremos como referência a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, que traduz diferentes formas de organização mental e diferentes estruturas cognitivas, que servirá como base para realizar um plano de ensino apropriado para cada criança autista.

Este trabalho tem como objetivo: abordar o conceito, características e critérios de diagnóstico do autista; demonstrar a possibilidade do autista poder se relacionar com a sociedade e potencial para aprender; levar o conhecimento sobre o autismo ao maior número possível de profissionais envolvidos na educação; permitir o conhecimento de estratégias usadas na alfabetização da criança autista.

Trata-se também de um levantamento bibliográfico acerca do tema seguido de algumas observações pautadas na experiência da autora com esse público.

CAPÍTULO 1

1.1 Entendendo a inteligência, a aprendizagem

Encontramos na Teoria da Construção da Inteligência de Piaget a possibilidade de compreender os fenômenos do processo de desenvolvimento e aprendizagem do sujeito. A importância de compreender esses processos nos ajudam a saber o que esperar das crianças em determinada idade e de que forma elas percebem o mundo a seu redor.

A teoria de Piaget (Apud PULASKI) do desenvolvimento cognitivo é uma teoria de etapas, uma teoria que pressupõe que os seres humanos passam por uma série de mudanças ordenadas e previsíveis.

Para Piaget, (Apud PULASKI) as ações da criança não se desenvolvem num mesmo plano no sentido de se tornarem experiências cumulativas. Elas se diferenciam e conquistam qualidades novas, transformando-se. Tais ações se constroem em planos diferentes: sensório-motor, operatório concreto e operatório formal. Obedecem a uma direção progressiva que parte do plano sensório-motor e se complexifica e se aperfeiçoa continuamente, e que está sempre sustentada nas experiências sensório-motoras. Assim, a construção da inteligência pode ser esquematizada como uma espiral crescente voltada para a equilíbrio resultante da combinação dos processos de assimilação e acomodação.

Nesse processo, ocorrem estados de equilíbrio diferenciados que expressam a capacidade de adaptação da inteligência. Esta se consolida ao construir conhecimentos que possibilitam uma ação do sujeito sobre o meio, voltada para a adaptação.

Piaget (Apud BANKS) indica que a ação humana tem como direção uma constante equilíbrio. A ação se dá em função de alguma necessidade. Tal necessidade instala no sujeito um estado de desequilíbrio, um rompimento da rotina em que vivia, provocando novas indagações. O sujeito então procura novas formas de se relacionar com o mundo, buscando uma melhor adaptação.

Em seu crescimento, numerosas organizações se transformam à medida que a criança passa de um estado de equilíbrio para outro. Todos esses estados de equilíbrio são importantes porque dão suporte para novas experiências a partir das

que já estão organizadas. Em cada estado de equilíbrio, a criança representa mentalmente o mundo segundo condições específicas, as quais se transformam. Esses estados característicos de equilíbrio bastante móveis em função do próprio processo de equilibração são chamados de estruturas. As estruturas são o aspecto variável do desenvolvimento. (OLSON, David R. e colaboradores - 2000)

Dessa maneira se constituem os seis estágios de desenvolvimento, estruturas básicas que representam cada estágio e se sucedem, marcadas por equilibrações específicas.

Os estágios traduzem diferentes formas de organização mental, diferentes estruturas cognitivas. Cada uma dessas estruturas possibilita uma certa maneira de relacionar-se com a realidade, de atuar sobre ela, de compreendê-la. Em outros termos, cada estrutura traduz uma forma particular de equilíbrio nos intercâmbios do ser humano com o mundo que o rodeia. O aparecimento de uma série de novos comportamentos ou de novas aquisições pode ser considerado um indicador de um novo estágio de desenvolvimento, ou seja, constituindo-se na modificação progressiva dos esquemas de assimilação.

Seguem as etapas do desenvolvimento, que Piaget chama de: Sensório-motor, Pré-operacional, Operacional concreto, Operacional formal.

Estágio Sensório-motor – inicia aproximadamente de 0 a 2 anos: a atividade intelectual da criança é de natureza sensorial e motora. A principal característica desse período é a ausência da função semiótica, isto é, a criança não representa mentalmente os objetos. Sua ação é direta sobre eles. Essas atividades serão o fundamento da atividade intelectual futura. A estimulação ambiental interferirá na passagem de um estágio para o outro.

Estágio Pré-operacional – mais ou menos de 2 a 6 anos: a criança desenvolve a capacidade simbólica; “já não depende unicamente de suas sensações, de seus movimentos, mas já distingue um significador (imagem, palavra ou símbolo) daquilo que ele significa (o objeto ausente), o significado”. Para a educação é importante ressaltar o caráter lúdico do pensamento simbólico.

Este período caracteriza-se pelo egocentrismo, isto é, a criança ainda não se mostra capaz de colocar-se na perspectiva do outro, o pensamento pré-operacional é estático e rígido, a criança capta estados momentâneos, sem juntá-lo em um todo; pelo desequilíbrio: há uma predominância de acomodações e não das assimilações; pela irreversibilidade: a criança parece incapaz de compreender a existência de

fenômenos reversíveis, isto é, se fizermos certas transformações, somos capazes de restaurá-las, fazendo voltar ao estágio original, como por exemplo, a água que se transforma em gelo e aquecendo-se volta à forma original.

Nesse estágio, a criança não domina as operações mentais, ela é egocêntrica, e não consegue ter outro referencial sem ser ela própria.

Estágio Operacional Concreto – dos sete aos onze anos: a criança já possui uma organização mental integrada, os sistemas de ação reúnem-se todos interligados. Piaget fala em operações de pensamento ao invés de ações. É capaz de ver a totalidade de diferentes ângulos. Conclui e consolida as conservações do número, da substância e do peso. Apesar de ainda trabalhar com objetos, agora representados, sua flexibilidade de pensamento permite um sem número de aprendizagens.

Segundo Piaget, (Apud COUTINHO) a capacidade de um aluno resolver problemas de conservação depende de compreensão de três elementos básicos do raciocínio: identidade, compensação e reversibilidade.

Neste período, o egocentrismo intelectual e social (incapacidade de se colocar no ponto de vista de outro), que caracteriza a fase anterior, dá lugar à emergência da capacidade da criança de estabelecer relações e coordenar pontos de vista diferentes e de integrá-los de modo lógico e coerente.

Um outro aspecto importante neste estágio refere-se ao aparecimento da capacidade da criança de interiorizar as ações, ou seja, ela começa a realizar operações mentalmente e não mais apenas através de ações físicas típicas da inteligência sensório-motor (se lhe perguntarem, por exemplo, qual é a vareta maior, entre várias, ela será capaz de responder acertadamente comparando-as mediante a ação mental, ou seja, sem precisar medi-las usando a ação física).

Contudo, embora a criança consiga raciocinar de forma coerente, tanto os esquemas conceituais como as ações executadas mentalmente se referem, nesta fase, a objetos ou situações passíveis de serem manipuladas ou imaginadas de forma concreta. Além disso, as ações representativas tornadas reversíveis e pela organização das operações em estruturas de conjunto, inicialmente simples, vão se tornando cada vez mais complexas.

Estágio Operacional Formal – começa no início da adolescência. Nesta fase, a “criança”, ampliando as capacidades conquistadas na fase anterior, já consegue raciocinar sobre hipóteses à medida em que ela é capaz de formar

esquemas conceituais abstratos e através deles executar operações mentais dentro de princípios da lógica formal.

A criatividade torna-se mais madura em relação aos demais estágios. Este estágio corresponde ao nível do pensamento hipotético – dedutivo ou lógico – matemático. (COUTINHO - 1992)

Segundo Piaget, (Apud BANKS) a maioria dos alunos pode ser capaz de usar o pensamento operacional formal em apenas algumas áreas nas quais eles tenham mais experiências ou interesse.

Portanto, como o foco deste trabalho é o autista, faz-se necessário nos situarmos na problemática do tema.

CAPÍTULO 2

AUTISMO

2.1. Etimologia da palavra autista:

Do grego: *autos*, que quer dizer em si mesmo. A palavra autismo foi usada pela primeira vez em 1943 pelo Dr. Leo Kanner, um psiquiatra infantil americano que percebeu em sua atuação profissional um grupo de crianças que se destacava das demais por duas características básicas: forte resistência a mudanças e incapacidade de se relacionar com pessoas (estavam sempre voltadas para si mesmas).

2.2. Definição:

O autismo passou e passa por um constante processo de investigação no que diz respeito à sua definição. Existem três definições que estão sendo amplamente usadas neste trabalho:

Definição da “The National Society for Autistic Children”- USA- 1978 - *“Autismo é uma inadequacidade no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave, durante toda vida. É incapacitante e aparece, tipicamente, nos três primeiros anos de vida. Acontece em cerca de 05 entre 10.000 (dez mil) nascidos e é quatro vezes mais comum entre meninos do que em meninas. É encontrada em todo mundo e em famílias de toda configuração racial, étnica e social. Não se conseguiu provar nenhuma causa psicológica no meio ambiente dessas crianças que possa causar o autismo”*. Apesar de estar fazendo uso desta definição, faz-se indispensável registrar que houve mudanças de prevalência. Hoje os dados registram 01(um) para cada 150(cento e cinquenta nascidos).

Definição do DSM-IV (2002)

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.

Definição da CID.10 (2000)

Autismo infantil: Transtorno Global do Desenvolvimento caracterizado por: a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e 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, como por exemplo: fobias, perturbações de sono ou alimentação, crises de birras ou agressividade (auto-agressividade).

De acordo com o DSM-IV, estão inseridos neste grupo: O Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrado da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outras Especificações.

A Síndrome de Rett, associada ao retardo mental profundo, afeta especificamente o sexo feminino e com o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos, após um período de funcionamento normal, durante os primeiros anos de vida. O uso das mãos é limitado, com o aparecimento de estereotípias características (como o movimento semelhante ao de levantar as mãos). Podemos observar uma diminuição no crescimento do perímetro cefálico e a presença freqüente de síndrome convulsiva. Outros sinais passíveis de serem encontrados são a hiperventilação episódica, as anormalidades eletroencefalográficas e a deterioração neurológica lenta, bem como o aparecimento de rigidez e diminuição da mobilidade.

Meninos também apresentam a Síndrome de Rett, entretanto, morrem rapidamente após o nascimento. Meninas com a síndrome aparentam normalidade depois do nascimento. Dos seis para os dezoito meses, elas gradualmente perdem a fala e habilidades motoras. Depois, elas desenvolvem sintomas parecidos com autismo, como movimentos repetitivos, epilepsia e falta de contato social.

O Transtorno Desintegrado da Infância, que é definido por um período de desenvolvimento normal no início e por uma perda definitiva no curso de poucos meses, de anormalidades características do funcionamento social, comunicativo e do comportamento. Muitas vezes, há um período preliminar de doença vaga; a criança se torna irrequieta, irritável, ansiosa e hiperativa. Isso é seguido por empobrecimento e então perda da fala e linguagem, acompanhado por

desintegração do comportamento. Em alguns casos, a perda de habilidade é persistente e progressiva (em geral quando o transtorno está associado a uma condição neurológica progressiva diagnosticável) e, mais freqüentemente o declínio que ocorre em um período de alguns meses é seguido por um platô e então por uma melhora limitada.

A Síndrome de Ásperger, caracterizada pelo mesmo tipo de anormalidades qualitativas de interação social recíproca que tipifica o autismo, junto com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. O transtorno difere do autismo, primeiramente, por não haver nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou de linguagem. A maioria dos indivíduos é de inteligência global normal, mas é comum que seja marcadamente desajeitada; a condição ocorre predominantemente em meninos. Parece altamente provável que pelo menos alguns casos representem variedades leves de autismo, mas é incerto se é assim para todos. Há uma forte tendência para que as anormalidades persistam na adolescência e na vida adulta e parece que elas representam características individuais que não são grandemente afetadas por influências ambientais.

Cabe ressaltar que a existência dos Aspergers só foi reconhecida em 1993, antigamente eles eram considerados “esquisitões”. (SCHWARSTZMAN, J.S. e colaboradores- 1995).

2.3.Causas:

Poucos distúrbios ou doenças causam mais perplexidade, sugerem mais pesquisas e estudos como o autismo. E, no entanto, muito pouco ou quase nada se sabe sobre causas. Cientistas e estudiosos do mundo todo buscam o fator ou os fatores causadores do autismo, mas só conseguiram chegar a alguns fatores que poderiam ser predisponentes. São eles: rubéola materna, fenilcetonúria não tratada, encefalite, meningite, tuberosclerose, exposição química, desbalanceamento químico durante o desenvolvimento da criança e predisposição genética. Sobre este último, poderíamos citar a síndrome do “X” frágil.

Diante destes vários fatores predisponentes do autismo, estudos e experiências também foram realizadas com mães grávidas que faziam parte de um grupo de risco, ou seja, estavam dentro dos fatores predisponentes para gerarem filhos autistas e mães grávidas plenamente saudáveis, que não compunham fatores

predisponentes. Elas eram, portanto, um grupo controle. Ocorre que dentro do grupo de mães de risco, nasceram crianças normais e dentro do grupo controle nasceram crianças autistas. Estes estudos colocam em constante questionamento às causas e os fatores predisponentes do autismo.

Já é do conhecimento dos pesquisadores, há muito tempo, que existe uma alta correlação entre determinados parâmetros neurológicos e autismo: déficits cognitivos, crises epiléticas e Q.I. (Quociente de Inteligência) mais elevado em meninos do que em meninas, indicam alguns destes fatores orgânicos. (ASSUNPÇÃO,1997).

Vários estudos e pesquisas no sentido de evidenciar alterações anátomo-fisiológicas nos cérebros de pessoas autistas são realizados em vários países do mundo. Podemos citar os estudos do Dr. Gary Gaffney (M.R.I.) – Imagem por Ressonância Magnética e os estudos do Dr. T. Hashimoto, entre outros. (Boralli, 2007)

2.4.Características comportamentais

Distúrbios do relacionamento: Falta do desenvolvimento de uma relação interpessoal e de contato visual. Tanto o relacionamento com pessoas quanto com objetos inanimados estão alterados.

Ausência de sorriso social, desinteresse em participar de jogos e brincadeiras, preferência por permanecer só, etc.

Distúrbios da fala e linguagem – comunicação: Caracterizado por enorme atraso, com fixação e paradas ou total mutismo. A ecolalia é comum, sendo associada ao uso inadequado ou reversão do pronome pessoal.

Quando a fala comunicativa se desenvolve, ela é atonal, arritmica, sem inflexão e incapaz de comunicar apropriadamente as emoções.

Na verdade, a comunicação como um todo está comprometida: linguagem oral comunicativa, linguagem receptiva, linguagem gestual e expressão facial.

Distúrbios no ritmo de desenvolvimento: O ritmo mais comum é uma descontinuidade na seqüência normal do desenvolvimento.

Distúrbios da motilidade: São os maneirismos, complexos e ritualísticos: exame dos dedos, borboleta- “flapping”, caminhar na ponta dos pés, jogar-se para

frente e para trás, ninar-se, balançar (acompanhado de rolar ou balançar a cabeça no ar ou no chão ou bater a cabeça contra a parede), rolar ou girar objetos.

Distúrbio da percepção: Há falhas na modulação de estímulos com distorções na hierarquia normal, nas preferências dos receptores e uma incapacidade na habilidade de usar estímulos sensoriais para discriminar o que é importante ou não, ou seja, ocorre um erro de seletividade. Há alternância em procurar ou fugir de estímulos. Assim, certos estímulos o apavoram, como o barulho do liquidificador, ou rasgar papel, enquanto outros sons, que seriam desagradáveis para crianças normais, como o arranhar da unha em um quadro negro ou em uma lixa, são procurados com insistência.

Também está relacionado aos distúrbios da percepção, o fato de crianças autistas esfregarem mão e língua nas paredes, terem dificuldades de receber alimentação sólida e de irem de encontro a uma porta ou uma parede. (SCHWARSTZMAN, J.S. e colaboradores, 1995).

Os Aspergers falam perfeitamente bem, até sem erros. Eles só têm dificuldade de usar a linguagem como meio de contato social. Os obstáculos para a comunicação são sua indisposição ao contato e o foco de interesse restrito. Eles podem discorrer horas sobre dinossauros, relações matemáticas ou determinado período histórico, mas não conseguir cumprimentar os vizinhos.

Segundo ELIANA R. BORALLI (2007) psicomotricista e coordenadora da Auma- Associação dos Amigos da Criança Autista, durante um curso realizado pela autora, no autista existe uma alteração nos dozes sentidos. São eles: térmico, tátil, orgânico(capacidade de sentir e defender a vida), equilíbrio, cinestésico (conjunto de movimento do corpo, como um todo), audição, linguagem, “Eu” – (somos únicos e exclusivos), pensamento , visão, paladar e olfato.

O autista não sente dor, não tem noção do eu, o “eu” não foi constituído, a criança pode comer em demasia, pode ocorrer uma inversão de temperatura.

A mielinização ocorre no autista, mas não ocorre sinapse, por isso a criança tem várias agnosias.

2.5.Critérios diagnósticos de autismo infantil (Segundo a Associação Americana de Psiquiatria)

O início dos sintomas antes dos trinta meses de idade, podem ser caracterizados por: falta persistente de resposta social a outras pessoas, comprometimento acentuado do desenvolvimento da linguagem e da fala (se ocorrer) com características peculiares como ecolalia, linguagem metafórica e reversão dos pronomes, respostas bizarras a diversos aspectos do meio ambiente, resistência a mudanças, ausência de delírios e alucinações, associações desconexas do pensamento e incoerências.

Em alguns casos, como diagnóstico em geral, as características do bebê autista são: desinteresse pelo aleitamento materno, possui hábitos alimentares seletivos, podendo ter restrições quanto à consistência e à qualidade, agitação, choro excessivo (choro neurológico) e sono entrecortado, ou seja, conduta extremamente irritadiça, a criança é extremamente calma, ou seja, aquele bebê bonzinho que toda mãe gostaria de ter (conduta extremamente calma).

O bebê autista, normalmente, não olha para a mãe, seu olhar é distante, perdido, não se aninha no colo, não se fixa nos objetos e no ambiente à sua volta, não reage aos sons da casa (campainha, rádio, teve, telefone), mostra-se muito flácido ou muito rígido.

Alguns bebês autistas jamais sorriem, seus balbucios não buscam estabelecer comunicação, têm dificuldade ao contato com pessoas, principalmente aquelas estranhas ao seu convívio, reage com choro excessivo, quando muda de ambiente, apresenta ausência ou atraso de resposta antecipatória de ser apanhado, como o levantar dos braços.

Geralmente, buscam conforto em comportamento estereotipado. Mexer os dedos em frente aos seus olhos é um dos movimentos mais freqüentes.

Podem comportar-se como se fossem surdos, não respondendo ao chamado de seus pais.

Podem ter aversão ao contato físico. A criança evita relacionar-se com pessoas e situações desde o início da vida.

Podem não ter reação de surpresa (brincadeira do “achou”).

Em crianças um pouco maiores, aparecem outras características como: podem ter hipersensibilidade a determinados sons; às vezes apresentam ecolalia

(repetição imediata ou tardia de frases e sons ouvidos); pode ter aversão ao contato físico, têm tendência para o isolamento; podem apresentar um movimento típico dos antebraços e mãos “flapping”; podem andar na ponta dos pés descalços; às vezes, gostam de girar objetos, é comum serem inquietos ou terem comportamentos estranhos; podem ter interesse limitado e alguns têm habilidades especiais.

A função do diagnóstico não é dar um nome ou um rótulo à criança. Ele é um ponto de partida para a intervenção imediata e para a determinação de uma estratégia e de uma direção de tratamento.

Quanto mais nova a criança, maior sua plasticidade neuronal. Em outras palavras, a criança pequena está muito mais aberta, sensível, responde mais prontamente a qualquer estimulação por parte de outras pessoas e do ambiente. À medida em que passa o tempo, a criança estabelece formas de ser e agir cada vez mais rígidas e resistentes a intervenções. (CD – Autismo – Você sabe o que é? – AMA).

Segundo o neurologista JOSÉ SALOMÃO SCHWARTZMAN, (2007) mais de 70% dos casos não são diagnosticados. “Vejo muitos quadros claros, de autismo clássico, com diagnóstico equivocado. Os pediatras não sabem diagnosticar.” É um problema que afeta até os médicos de primeira linha. (Revista Época 11 de junho de 2007).

“Os médicos não conseguem reconhecer os sintomas de autismo porque não são preparados para isso”, diz a psiquiatra da infância e da adolescência Rosa Magaly Moraes (2007), “A psiquiatria infantil não é disciplina obrigatória na formação de um pediatra”. Segundo ela, o pediatra só vai perceber que há algo estranho com a criança quando ela já está com mais de 2 anos. Então, a manda para um especialista. “O diagnóstico, em geral, percorre um caminho longo: do pediatra para a fonoaudióloga ou fisioterapeuta, daí para o neurologista ou psiquiatra, psicoterapeuta etc”. Isso, nos casos em que há diagnóstico. (Revista Época 11 de junho de 2007).

Esse número não chega a cinquenta mil, diz Estevão Vadasz, coordenador do Projeto Autismo no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. “Não há nenhum estudo sério sobre o número de autistas no país”, diz. “Mas suspeita-se que haja um milhão de casos ocultos”. Como aqui, a maioria dos médicos tinha a imagem estereotipada do autismo: considerava autista apenas

a pessoa totalmente incapaz de interagir socialmente. Com as novas normas, o número de casos explodiu. (Revista Época 11 de junho de 2007).

Sem nenhuma divulgação oficial, o Hospital das Clínicas de São Paulo, um dos centros de referência nacionais no tratamento de autismo, tem filas de candidatos a pacientes. Pessoas do país inteiro viajam para se consultar com Estevão Vadasz. Ele diz que acompanha cerca de quatrocentos casos por ano. Entre eles, uns cem novos a cada ano.

Por lei, as escolas são obrigadas a dar atendimento individualizado a crianças autistas. Os médicos sabem que, se derem um diagnóstico de autismo, a criança estará mais bem amparada.

Ainda que haja exageros, a campanha pró-diagnóstica é positiva. Primeiro, ela permite que o tratamento englobe também casos mais leves, de pessoas que seriam antes consideradas apenas “esquisitas”. Pequenos dramas pessoais, de gente com dificuldades nas áreas de comunicação, interação social e foco de interesse, passaram a receber atenção e cuidado. Mas o principal é ajudar a detectar mais cedo os casos de autismo. Isso faz uma grande diferença no tratamento e nas probabilidades de o paciente conquistar autonomia. (Revista Época 11 de junho de 2007).

2.6.Tratamento

Não existe um tratamento específico. Como o autista pode variar muito na sua capacidade intelectual, compreensão e uso da linguagem, estágios de desenvolvimentos, idade na época do tratamento, nível de desenvolvimentos e personalidade, grau de gravidade do distúrbio, clima e estrutura familiar, além de outros fatores, qualquer método usado pode funcionar muito para uma criança e nem tanto para outra.

O uso de medicamentos é um tratamento sintomático, ou seja, não promove a cura. É a base de medicação para crianças hiperativas, excessivamente inquietas ou demasiadamente ligadas em estímulos ambientais, como distúrbios do sono ou com comportamento autodestrutivo.

Por não querer enxergar, muitos pais deixam seus filhos perder um tempo precioso de terapia. A palavra autismo assusta. No imaginário popular, autistas vivem isolados num mundo impenetrável, com um olhar perdido, se balançando

diante de uma parede, imunes a qualquer afeto. É um estereótipo baseado em casos mais severos e comportamentos aparentemente sem solução de crianças nunca tratadas.

A psicoterapia tem sido útil para os pais se sentirem menos culpados e mais fortes, e, assim, tornarem-se o grande trunfo no tratamento de seus filhos. Já com relação à própria criança, estudos demonstram que técnicas de modificação de comportamento são mais eficientes que ludoterapia para autistas profundamente retardados.

O processo de condicionamento pode tornar mais fácil lidar com uma criança autista, e isto, sem dúvida, vale a pena. Entretanto, deve ser enfatizado que uma criança, ao se tornar mais manejável, não se torna necessariamente menos autista. (CD – AMA e material colhido no curso de autismo realizado pela autora).

Existem outras intervenções como a Terapia do Abraço, Reorganização Neurológica, mas, sem dúvida, a intervenção que tem mostrado melhores resultados estatísticos no mundo em termos de não institucionalização de pessoas autistas é o de Educação Especial pelo método TEACCH- TREATMENT AND EDUCATION OF AUTISTIC AND RELATED COMMUNICATION HANDICAPPED CHILDREN- Da Universidade de Chapel Hill da Carolina do Norte, nos EUA. Baseado em forte estruturação, previsibilidade de ações e participação da família, a criança deve saber o que vai fazer, onde, como e por quanto tempo ela ficará naquela atividade. O PROGRAMA TEACCH é reconhecido nacional e internacionalmente e é adotado como modelo em várias partes do mundo.

Agora, com a lei da inclusão, a escola deve estar preparada para receber o aluno autista. Quando recebemos uma criança difícil de lidar que apresenta um comportamento estranho, e que não interage com outras crianças, essa criança pode ser um autista de alto funcionamento, com grau baixo de comprometimento. Nesses casos, são os mais difíceis de diagnosticar, porque a criança parece somente um pouco estranha. O importante é a escola saber diferenciar este aluno e encaminhá-lo para um profissional capaz de realizar o diagnóstico.

Diante do diagnóstico, a escola deverá preparar um plano de aula para essa criança.

Acompanhamos o caso do Bruno, aluno que estudava no colégio onde trabalho. Por solicitação da escola, a mãe procurou uma psicóloga que, após o processo psicodiagnóstico, enviou o relatório para escola com a hipótese

diagnóstica de “psicopatia autista de Asperger”. A mãe não acreditou, e a escola indicou o neurologista Dr. José Salomão Schwartzman, que também não confiou no relatório da primeira psicóloga e indicou outra profissional. Essa psicóloga submeteu a criança a outra bateria de testes e definiu como hipótese diagnóstica “transtorno do impulso”. Diante desse novo diagnóstico, o Dr. Salomão medicou a criança e como proposta para escola (*... é que se tenha um pouco mais de tolerância com relação à diferença que o Bruno apresenta e que, acredito, com o passar do tempo e com o evoluir do tratamento tende a desaparecer.*) o que não é verdade, pois autista será sempre autista.

Sem nenhuma melhora no quadro, a mãe procurou outra psicóloga, que diagnosticou Autismo, e isso aconteceu quando Bruno já estava na 3ª série.

Essa família passou três anos de angústia até aceitar que, o primeiro diagnóstico estava correto, e houve um grande desperdício de tempo, dinheiro e desgaste emocional para todos. O que podemos concluir é que até mesmo os profissionais têm receio em fornecer o verdadeiro diagnóstico.

Um recurso que deve ser utilizado por um profissional especializado é o teste PEP – R, Perfil Psicoeducacional Revisar, que é um instrumento sistemático de descrever o comportamento da criança. A observação direta do comportamento durante o teste é organizada e registrada nas maiores áreas pertinentes ao autismo: relacionamento e afeto, brincar e interesse por materiais, respostas sensoriais e linguagem. O perfil obtido nas sete áreas de desenvolvimento proporciona informações úteis relativas à natureza das habilidades do aprendiz e das dificuldades da criança.

É importante ressaltar que o PEP-R não é um teste definitivo e nem é cem por cento fidedigno às potencialidades e dificuldades de cada criança. Não é definitivo, porque, com a implementação de trabalho específico, poderão ocorrer evoluções e melhoras no perfil geral da criança e o inverso também é verdadeiro, ou seja, a não implementação de trabalho poderá gerar deteriorizações de comportamento e aprendiz. Também não é 100% fiel às potencialidades e dificuldades de cada criança porque toda situação de teste e demanda implica em colocar a testante em ambiente estranho de seu convívio diário, com pessoas e situações diferentes, o que, sem dúvida nenhuma, produz estresse e ansiedade que, em última análise, podem alterar os resultados finais. Sendo assim, é muito importante que fique bem claro que o PEP-R é apenas um ponto de partida para a elaboração de um plano de

ensino individual e que os seus resultados poderão ser alterados com o passar do tempo.

O PEP-R possui uma escala de comportamento que avalia: relacionamento, material, sensorial e linguagem. Uma escala de desenvolvimento que avalia: imitação, percepção, coordenação motora fina e grossa, integração olho mão, desempenho cognitivo e desempenho cognitivo verbal.

Em cada área funcional do teste, descreveremos no que a criança passou, se obteve respostas emergentes ou insuficientes. Isso vai ser importante no momento de criar um plano de ensino para a criança, porque é nas áreas emergentes onde a criança reflete prontidão para aprender novas habilidades e indicam os pontos de partida adequados para a programação educacional, e as insuficientes deverão ser mais trabalhadas.

A escala do perfil de desenvolvimento do PEP-R nos fornecerá a idade de desenvolvimento, que nos autistas apresentam um desnivelamento com a idade cronológica. Por exemplo, uma criança pode ter 10 anos e no resultado da escala do PEP-R ele pode apresentar uma idade global de 3 anos.

Esse teste é importante, pois diante dos resultados poderemos fazer uso da teoria do desenvolvimento de Piaget e saber o estágio em que ela se encontra diante dos dados obtidos e elaborar estratégias para que ocorra a aprendizagem. (GAUDERER - 1987).

Segundo ELIANA BORALLI (2007), o desenvolvimento do autista acontece em “zigzague”, altos e baixos. Ele precisa de acomodação, como já dizia Piaget (para Piaget a aprendizagem e o desenvolvimento são concebidos como processos resultantes da formação contínua de esquemas, que são produzidos pela adaptação -assimilação e acomodação-) dentro da sua aprendizagem; muitas vezes pode levar um tempo maior que as outras crianças, isso acontece principalmente na adolescência. O período de acomodação pode levar até 3 meses, o que causa a falsa impressão de que o jovem não vai sair daquele estágio.

O plano de ensino tem que ter conteúdo próximo à idade global do autista e o professor tem o poder de mudar o plano, se julgar necessário.

É importante catalogar as atividades dos alunos, fazer um gráfico, caso ocorra 100% da aprendizagem, quer dizer que estava muito fácil, caso ocorra 50%, o plano estava muito difícil. O ideal é que ocorra 80% da aprendizagem.

CAPÍTULO 3

3.1 Família e autismo

Quando uma criança nasce, os pais depositam nela planos, expectativas e sonhos. Como os pais de crianças autistas lidam com essas questões?

A maioria das crianças autistas parece perfeitamente normal e são dadas como normais ao nascerem. Os pais vivem bem por, talvez, um ou dois anos, durante os quais, lentamente, torna-se óbvio que seu filho “é diferente”.

A mãe é quem logo percebe que alguma coisa está errada, mas disfarça e passa por cima. É muito doloroso admitir.

Esse tempo todo, os pais estão parcialmente conscientes de que há algum problema. Algumas vezes, sentem uma fisgada aguda de ansiedade, principalmente quando comparam seu bebê com uma criança normal e, outras vezes, se tranquilizam porque ele engatinha e anda na idade certa, parecendo esperto e inteligente.

Esse longo processo de dúvida, indecisão e insegurança só faz aumentar a dor, quando a verdade é conhecida. Vem o processo de busca por um diagnóstico: *o que é que o filho tem?* A família inteira começa a cobrar a diferença e exige dos pais um posicionamento.

Na busca pelo diagnóstico, a caminhada é longa e árdua. Cada profissional fala uma coisa e não é raro encontrar aqueles que digam que a culpa é da mãe, aumentando, ainda mais, a indecisão, a dúvida e a insegurança. Quando finalmente o diagnóstico vem, a negação é a primeira reação dos pais: *“Não, não pode ser, isto não é verdade! Não meu filho!”*

Há pais que vivem na negação, não passam dessa fase nunca. Acompanhamos um caso de negação ao receber um aluno bastante complicado, que se matriculou na primeira série da escola onde trabalho. Um fato curioso: aquela criança já tinha passado por cinco escolas. Logo de imediato, foram constatadas algumas características estranhas, pois ele desestruturou a dinâmica da sala com sua conduta, os pais foram chamados por diversas vezes, a escola solicitou que os pais procurassem ajuda de profissionais, e isso só ocorreu por pressão da escola. A

psicóloga foi proibida de dar o verdadeiro diagnóstico à escola, mas fez contato via telefone e informou à coordenadora que se tratava de autismo e se o fizesse em relatório perderia aquela família que, ainda registrou em conversa a psicóloga, quando a criança tinha dois anos de idade, uma prima da mãe, que é médica, já tinha falado em autismo, fato esse que afastou completamente os pais do restante da família. Logo depois, por pressão da escola, os pais transferiram o filho para outra escola.

Ter um filho com autismo é uma possibilidade jamais sonhada por alguém que pretende ter um filho.

O profissional que diagnosticou é considerado o responsável por este diagnóstico e, com isso, culpado. Daí ser alvo da raiva, agressão e sentimento de culpa desses pais.

A raiva é a segunda reação frente ao diagnóstico e associada a ela vem a agressão e o sentimento de culpa. A raiva se manifesta de diversas maneiras: desde parar o tratamento com este profissional à revelia, até agredi-lo fisicamente ou com palavras de baixo nível. Além disso, fala-se mal deste profissional e louva-se extremamente um profissional anterior, colocando-o nas alturas.

O profissional anterior, desatualizado ou desinformado a respeito do problema do filho, nega o diagnóstico, o que por sua vez alivia os pais e os faz elogiar este profissional.

Na verdade, os pais buscam o diagnóstico, mas não querem encontrá-lo. Pais e profissionais negam. Parece que o problema está resolvido. O diagnóstico só explode mais tarde.

Às vezes, o profissional nega o diagnóstico e os pais não, mas se sentem atraídos pela boa nova e se deixam seduzir: *“Final, ele é o médico e se ele acha que não...”*.

Os pais procuram um “milagre”, um caminho que ninguém pensou. Quando os pais querem o diagnóstico exato e o profissional nega o problema, é comum mudarem de médico. Nesta fase, entram em uma ciranda, como petecas, de mão em mão, atrás de quem lhes diga o que é que o seu filho tem e o que fazer por ele. É um período difícil e sofrido para os pais e para a criança.

Todos os pais de filhos com problemas, passam por sentimentos como: negação, culpa, frustração, medo, impotência, ressentimento, raiva, rejeição, além de fantasias diversas.

Ter uma criança deficiente gera um sentimento de culpa muito grande nos pais, mesmo que amem seu filho e tenham feito o melhor por ele. Eles se preocupam sobre o que acontecerá quando não estiverem mais vivos para cuidar dele e também têm que pensar sobre o efeito da presença desta criança sobre seus irmãos normais. A situação acarreta uma crise para qualquer família e, inevitavelmente, produz problemas emocionais para todos. A esposa e / ou marido passam a projetar um no outro este sentimento de culpa para aliviar a pressão. Os filhos passam a cobrar dos pais, maior atenção em contrapartida à atenção dada ao filho deficiente. Avós, tios e primos se afastam, rejeitando a convivência com um clima tão tenso e sem definição, com o qual não sabem lidar e nem como ajudar. Isto por sua vez, lhes produz sofrimento, insegurança e sensação de impotência. Muitos familiares, na tentativa de ajudar, às vezes acabam produzindo mais pressão. A sociedade, enfim, marginaliza e o preconceito cai como chumbo sobre uma família que já está bastante fragilizada.

Autismo não é muito comum e a maioria das pessoas não sabe nada sobre o assunto, levando os pais a se sentirem muito sós e ignorantes a respeito da condição e o que devem realmente fazer.

Muitas são as vezes que pais passam por situações difíceis, uma vez que a criança autista parece normal. As pessoas, freqüentemente, não entendem por que a criança autista grita ou se comporta mal em público e, nesta hora, os pais recebem desaprovação e críticas em vez de simpatia e ajuda. Uma criança com comportamento bastante inapropriado e imprevisível é uma tensão muito maior do que uma criança deficiente, mas que se comporta bem. Noites sem dormir podem se tornar um fardo quase intolerável nos primeiros anos. As crianças precisam de cuidados e isso requer considerável paciência e habilidade por parte dos pais para garantir que os irmãos e irmãs normais recebam a sua parcela de atenção e não fiquem contra ou rejeitem o irmão deficiente. Mães de crianças autistas, freqüentemente, sentem que não podem visitar outras mães, porque seu filho é difícil. Muitas são as famílias que optam pelo isolamento em suas próprias casas, com o objetivo de se pouparem de sofrimento. *“ A pressão é insuportável!”*

Um filho autista exige muita energia da família. E como tudo que é difícil, penoso e desgastante para o ser humano, sofre a tendência de ser eliminado, desenvolve-se nos pais a sensação de rejeição.

Esta rejeição, entretanto, vem acompanhada de forte sentimento de culpa. A culpa novamente aparece forte e aguda. Os pais assam a se acusar mutuamente pelo que sentem, pois amam os filhos. Na verdade, os pais de filhos com problemas estão em um constante estado de “luto” pelo filho normal que não tiveram, esperaram, desejaram e que não se materializou. Esta sensação fica evidente em datas como aniversários, passagens de ano escolar, formaturas, casamentos, etc. Traz também à tona a lembrança e a realidade das dificuldades desse filho ou do que ele não vai ter. Estas datas podem exacerbar o quadro clínico ou agravar o relacionamento familiar, que também pode ser expresso por sintomas físicos. As queixas de vida aumentam, conflitos com o cônjuge, com os filhos, no trabalho, mau humor, vontade de sumir, bebedeiras, etc. Porém, se forem capazes de aceitar a realidade e souberem tirar proveito dela, essa mesma dor será motivo de crescimento emocional e espiritual. Não uma aceitação entreguista, de submissão, mas sim de comportamento ativo, participativo.

Apesar de todo sofrimento emocional, os pais devem encarar e enfrentar o problema como ele é. Devem buscar ajuda profissional especializada, competente, atualizada e séria, além de se informar a respeito, lendo livros, fazendo cursos e trocando informações. O que está em jogo é o tratamento e o futuro de seu filho. Devem, ainda, procurar contato com outros pais para troca de experiências e vivências e, com isso, evitar a repetição de dificuldades, erros ou problemas.

As associações como clubes esportivos, religiões, partidos políticos e associações de bairros, são um segmento da sociedade que cresce cada vez mais em busca de espaço para crianças autistas, seus direitos, sua dignidade e sua cidadania.

Um trabalho participativo por parte dos pais retira-lhes dos ombros, a sensação de solidão e impotência e lhes dá força para encontrar o caminho ideal.

Esse capítulo foi construído por depoimentos de pais de autistas, com os quais tive oportunidade de conviver durante um curso de autismo com ELIANA R. BORALLI, fundadora da AUMA- Associação dos Amigos da Criança Autista.

CAPÍTULO 4

4.1 Propostas Educacionais para o Autista

Segundo GAUDERER (1987), as crianças com autismo, em geral, apresentam dificuldade em aprender a utilizar corretamente as palavras, mas quando participam de um programa intenso de aulas parecem ocorrer mudanças positivas nas habilidades de linguagem, motoras, interação social e a aprendizagem.

A escola tem um papel reconhecido no nível da educação, na elaboração de estratégias para que estes alunos consigam desenvolver capacidades para se integrar e interagir com as outras crianças ditas “normais”. Já a família tem também um papel importante, pois é a responsável por dar atenção, os cuidados, amor e irá zelar pela criança durante 24 horas, por toda vida. É necessário dispensar algumas horas para que as crianças possam se sentir queridas e mostrar o que aprenderam. Os pais podem encorajá-las a comunicar-se espontaneamente, criando situações e estímulos que provoquem a necessidade de comunicação. Não se deve antecipar tudo o que a criança precisa, deve-se criar momentos para que ela sinta a necessidade de pedir aquilo que precisa.

O nível de desenvolvimento da aprendizagem do autista geralmente é lento e gradativo, portanto, caberá ao professor adequar o seu sistema de comunicação a cada aluno. O aluno deve ser avaliado para colocá-lo num grupo adequado, considerando a idade global, fornecida pelo PEP-R, desenvolvimento e nível de comportamento. É de responsabilidade do professor a atenção especial e a sensibilização dos alunos e dos envolvidos para saberem quem são e como se comportam esses alunos autistas.

A criança pode reagir violentamente quando submetida ao excesso de pressão e, diante disso, é preciso levar em conta se o programa está sendo positivo, ou se precisa haver outras mudanças.

Como citado anteriormente, a importância do ensino estruturado é ressaltada por Eric Schopler (Apud BORALLI), no método TEACCH. Normalmente, as crianças à medida que vão se desenvolvendo, vão aprendendo a estruturar seu ambiente, enquanto que as crianças autistas e com distúrbios do desenvolvimento, necessitam de uma estrutura externa para aperfeiçoar uma situação de aprendizagem.

No Brasil é muito utilizado o método de ensino TEACCH, que foi desenvolvido no início de 1970 pelo Dr. Eric Schopler e colaboradores, na Universidade da Carolina do Norte. Em primeiro lugar, o TEACCH não é uma abordagem única, é um projeto que tenta responder às necessidades do autista usando as melhores abordagens e métodos disponíveis. Os serviços oferecem desde o diagnóstico e aconselhamento precoce aos pais e profissionais até centros comunitários para adultos com todas as etapas intermediárias.

Os propósitos do método, segundo GARY MESIBOV (Apud BORALLI), Diretor da divisão TEACCH são: habilitar pessoas portadoras de autismo a se comportar de forma tão funcional e independente quanto possível; promover atendimento adequado para os portadores de autismo e suas famílias e para aqueles que vivem com eles; gerar conhecimentos clínicos teóricos e práticos sobre autismo e disseminar informações relevantes através do treinamento e publicações.

Há uma série de regras e lembretes que facilitará o relacionamento entre o professor e a criança autista. Isto porque o maior desafio para o profissional é lembrar-se da teoria na hora em que os problemas estão ocorrendo. Fazer esta transposição do conhecimento teórico para a prática é muito difícil.

O ensino é o principal objetivo do trabalho com crianças autistas. Ensinar coisas funcionais para a criança autista é a essência de um trabalho adequado e a persistência é um grande aliado deste objetivo.

Todo trabalho de interação da criança com objetos e com situações do meio deve ser feito concomitantemente ao trabalho de capacitação, aos cuidados pessoais e ao lazer para socialização.

As crianças autistas parecem que aprendem e entendem melhor vendo do que ouvindo. Por isso, quando pequenas, é interessante expô-las ao máximo a esses estímulos.

É importante a continuidade do ensino para uma criança autista, para que se torne menos dependente, mesmo que isto envolva várias tentativas, e ela não consiga aprender. É preciso atender prontamente toda vez que a criança autista solicitar e tentar o diálogo, a interação, Quando ocorrer de chamar uma criança autista e ela não atender, é necessário ir até ela, pegar sua mão e levá-la para fazer o que foi solicitado. Toda vez que a criança conseguir realizar uma tarefa, ou falar uma palavra, ou enfim, mostrar progresso, é prudente reforçar com elogios. Quando se deseja que a criança olhe para o professor, segura-se delicadamente o rosto

dela, direcionando-o para o rosto do professor. Pode-se falar com a criança, mesmo que seu olhar esteja distante, tendo como meta um desenvolvimento de uma relação baseada em controle, segurança, confiança e amor.

O conteúdo do programa de uma criança autista deve estar de acordo com seu potencial, de acordo com sua idade e de acordo com o seu interesse.

Se a criança estiver executando uma atividade nova de maneira inadequada, é importante a intervenção rápida do professor, mesmo que para isso seja necessário segurar a mão da criança ou até mesmo dizer-lhe a resposta. (PEETERS, 1998)

Um exemplo que podemos citar é Soma Mukhopadhyay, mãe de um garoto autista, que criou um método pedagógico para estimular o relacionamento do filho com o mundo exterior.

Tito é um garoto de 15 anos de idade com todos os sinais clássicos do autismo de baixo funcionamento. Um médico disse aos pais que o garoto era incapaz de entender o que ocorria ao seu redor. Os circuitos neuronais de Tito são comprometidos. Testados isoladamente os sentidos de Tito, concluiu-se que ele demonstrou ter uma hierarquia de sentidos: a audição encobria a visão, e ambas extinguíam o tato.

A mãe educadora não desistiu, tentou todos os truques que se possa imaginar para tentar fazer com que o seu filho reagisse. Quando o encontrou olhando fixamente para um calendário, ela apontou para os números, dizendo o nome deles em voz alta. Durante uma semana, antes de completar 4 anos, Tito aprendeu a somar, subtrair e a formar palavras apontando para os números e letras escritas em um quadro. Soma diz que não é um trabalho fácil. Atualmente, ela trabalha em Los Angeles, utilizando seu chamado Método de Estímulo Rápido, segundo relatos, com sucesso espetacular. Ela faz uso de qualquer que seja o canal sensorial aberto em uma criança e dá certo. O método de Soma não é cientificamente válido, mas para ela isso é somente um detalhe, pois o importante é que ela consegue atingir o seu objetivo alfabetizar as crianças autistas. (Revista Educação – setembro de 2004)

CAPÍTULO 5

Metodologia

Levantamento bibliográfico de artigos de revistas acerca do tema.

Revista	Artigo	Ano
<ul style="list-style-type: none"> • Estilos Clínicos 	Clinica do Autismo e das psicoses infantis ou como pensar a articulação psicanálise – educação no tratamento das crianças.	2001
<ul style="list-style-type: none"> • Temas desenvolvimentos 	A educação de pessoas com desordens do espectro autístico e dificuldades semelhantes de aprendizagem.	2003
<ul style="list-style-type: none"> • Estilos Clínicos 	Da estereotipia à construção da escrita num caso de autismo.	2003
<ul style="list-style-type: none"> • Jornal de Pediatria 	Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem.(Autismo)	2004
<ul style="list-style-type: none"> • Psicologia: Reflexão e crítica 	Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no Autismo: uma análise preliminar.	2004
<ul style="list-style-type: none"> • Revista Brasileira de psiquiatria 	Autismo: intervenções psicoeducacionais	2006
<ul style="list-style-type: none"> • Revista Brasileira de Psiquiatria 	Autismo e ensino de habilidades acadêmicas: adição e subtração.	2007
<ul style="list-style-type: none"> • Psicologia: Reflexão a crítica 	Interação social no autismo em ambientes digitais de aprendizagem.	2007

5.1. Análise dos dados

Após revisão bibliográfica de artigos científicos desenvolvidos a respeito do tema que envolvesse autismo – aprendizagem – educação, limitados à pesquisa, nos anos de 2000 a 2008, podemos concluir que em um universo tão amplo de trabalhos e pesquisas científicas sobre educação, o número de artigos referentes ao tema que envolva autismo é extremamente reduzido. Em oito anos encontramos somente oito artigos publicados. Concluimos que a bibliografia é escassa e a maioria das informações sobre autismo são pobres e obsoletas, limitando assim o profissional da área da educação que fica sem recursos para sua atualização e seu aprofundamento na problemática que envolve a vida das crianças autistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje em dia discute-se a situação da vida de uma pessoa com necessidades especiais, principalmente a sua entrada e permanência na escola, E o preparo dos professores para adaptar a criança com necessidades especiais com o objetivo de prolongar sua permanência na escola.

Não devemos pensar no autismo como algo distante e condenado ao isolamento em escolas especializadas.

Existem muitas possibilidades que podem ser feitas pelo próprio autista. A principal é acreditar que ele tem potencial para aprender. Essas crianças necessitam de instruções claras e precisas e o programa deve ser essencialmente funcional, ligado diretamente a elas. É preciso saber que ele enxerga o mundo de uma forma diferente, mas vive no nosso próprio mundo.

Gostaríamos de destacar um importante ponto desse trabalho que é o PEP-R, seu resultado fornece a idade global da criança autista e aponta os itens emergentes, que são aqueles em que o autista apresenta maturidade cognitiva para aprender, por isso deve ser utilizado antes da realização de um plano de ensino para o autista.

Foram abordados conteúdos e informações necessárias para que os profissionais da área da educação tenham condições de reconhecer uma criança autista e encaminhar aos profissionais responsáveis para diagnosticar o autismo.

Após toda esta explanação, fica claro para o profissional que trabalha numa escola e que recebe uma criança já diagnosticada com autismo, o desafio grande a ser superado.

Mesmo com uma bibliografia escassa e, muitas vezes, a ansiedade da família, o profissional pode a cada dia desenvolver um trabalho em sala de aula, a fim de não privar a criança da escola e do convívio social. Simples práticas diárias podem fazer a diferença.

Como se viu ao longo do que foi abordado no texto, a parceria entre família – escola – profissional competente é de fundamental importância para o progresso de uma criança autista.

BIBLIOGRAFIA:

ASSUNPÇÃO, F.B. Jr. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil**, Lemos Editora e Gráficos Ltda. São Paulo, 1997.

BANKS, Leite L. (Org.), **Piaget e a Escola de Genebra**, São Paulo, Editora Cortez. 1987.

CID – 10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID10. Organização Mundial da Saúde, Genebra Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 2000.

COUTINHO, Maria Tereza da Cunha – **Psicologia da Educação: Um Estudo dos Processos Psicológicos de Desenvolvimento e Aprendizagem Humanos**, Voltado para a Educação, Belo Horizonte, Editora Lê, 1992.

Curso: **Autismo**: Das questões teóricas à prática, Coordenadora do Curso Eliana Rodrigues Boralli – 2007.

DSM- IV: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 2002.

GAUDERER, E. Christian, **Autismo – Década de 80**. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais, Ed. Almed, 2ª edição, 1987.

GOULART, Iris Barbosa, Piaget, **Experiências Básicas para Utilização pelo professor**, 14ª Ed, Editora Vozes, Petrópolis, 1998.

OLSON, David R. , TORRANCE, Nancy e colaboradores, **Educação e Desenvolvimento Humano**, Artmed, Porto Alegre, 2000.

PEETERS, Theo, **Autismo: Entendimento Teórico e Intervenção Educacional**, Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica, 1998.

PULASKI, Mary Ann Spencer, Tradução Vera Ribeiro, **Compreendendo Piaget**, Uma introdução ao desenvolvimento cognitivo da criança, 2ª edição – Rio de Janeiro, 1980

Revista Educação, Setembro de 2004, Madhusree Mukerjee

Revista Época, 11 de junho de 2007, Tânia Nogueira

SCHWARSTZMAN, J. S. Assunção, F.B. Jr. E Colaboradores, **Autismo Infantil**, Memnon Edições Científicas Ltda. São Paulo, 1995.

VADASZ, Estevão, CD, **Autismo Você sabe o que é?** AMA – Associação de Amigos do Autista.

YAARI, Josef David, **Os doze sentidos**, 1ª edição, 1984.