

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Ana Carolina Wolff Mota

**DIRETRIZES CLÍNICO-EDUCACIONAIS PARA
INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO
PSICOLÓGICO DE CRIANÇAS COM ESPECTRO AUTISTA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de concentração:

Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico

Linha de Pesquisa:

Medida e Avaliação de Fenômenos Psicológicos

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

FLORIANÓPOLIS
2010

M917d Mota, Ana Carolina Wolff

Diretrizes clinico-educacionais para intervenção no processo de desenvolvimento psicológico de crianças com espectro autista [dissertação] / Ana Carolina Wolff Mota ; orientador, Roberto Moraes Cruz. - Florianópolis, SC, 2010. 343 p.: il., grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Autismo. 3. Psicologia do desenvolvimento. 4. Avaliação. 5. Intervenção. I. Cruz, Roberto Moraes. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

Ana Carolina Wolff Mota

**Diretrizes Clínico-Educacionais para
Intervenção no Processo de Desenvolvimento Psicológico de
Crianças com Transtorno Autista**

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 04 de outubro de 2010.

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz (orientador)
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Mauro Luís Vieira
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. José Raimundo Facion
Academia Brasileira de Ciências da Educação

Prof^a. Dra. Cleonice Alves Bosa
Instituto de Psicologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. José Gonçalves Medeiros
Universidade Federal de Santa Catarina

Para meus pais, que me ensinaram doação;

para Cris, quem me definiu o que é o amor;

*para Marília e Felipe,
que me ensinaram a poesia da vida.*

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação é a síntese de todos os esforços que muitas pessoas desprenderam comigo ao longo de pouco mais de dois anos. Se eu pude concluir, é em razão dessa rede social forte e generosa que tenho ao meu redor.

À minha família – “coisa” mais especial da minha vida... .. Infinitas reticências por todas as coisas que eu deveria dizer e agradecer... .. porque foram pacientes, respeitaram minhas ausências e fragilidades. Cristiano, CrisTiAmo, meu parceiro amoroso, compreensivo e gentil, com quem compartilhei a maior parte das minhas angústias e que procurou dar-me todas as condições (emocionais e materiais) para que essa empreitada fosse possível. Obrigada, amor da minha vida, minha fonte de energia. Obrigada por me ensinar a amar a cada dia.

Aos meus filhos, “*estrelinha que brilha, brilha no coração da mamãe*” e “*meu, solzinho, meu cachecol duplo*”, a quem sinto que tenho uma dívida eterna por terem, junto comigo, sacrificado um tempo precioso de nossas vidas juntos para que eu pudesse finalizar essa empreitada. Obrigada por não perderem a linha do amor comigo, apesar das minhas ausências. Agora a mamãe tem mais tempo, ta? Agora a mamãe vai poder fazer um monte de coisa que a gente não conseguia fazer juntos antes, ta?

Meus pais, que mais que pais especiais, têm sido avós especiais, ao acolherem meus filhotes quando das minhas viagens a Floripa. Incentivaram infinitamente meu percurso acadêmico, e, sobretudo, reconhecem comigo a importância de estar com a família e se orientar pelos referenciais e valores aprendidos junto dela.

Dedico especial agradecimento à AMA-Joinville. Aos queridos educandos (uma das principais razões da existência dessa dissertação), que me ensinam diariamente e me gratificam profundamente quando conseguimos tocar nossas existências com a reciprocidade na compreensão de palavras, gestos ou outras formas de comunicar. Sou muito mais humana porque aprendi muito cedo com vocês a ouvir mais do que os ouvidos permitem e de maneira mais elementar do que as palavras exprimem. Aprendi com a convivência com vocês a perceber que ninguém é tão impermeável quanto parece.

Obrigada às famílias dos educandos da AMA, que me confiam suas histórias e seus filhos e me ensinam diariamente lições de vida.

Às equipes técnica e administrativa da AMA, por abraçarem minhas inquietações e, embora muitas vezes também não soubessem responder às minhas perguntas, vibraram porque eu estava animada a percorrer as respostas e depois compartilhá-las. Obrigada por acreditarem em mim e me encorajarem. Em especial, às pessoas Almerize, Nice, Gero, Serli e Liane. Obrigada por compreenderem minhas ausências necessárias e por acolher minhas angústias cotidianas, decorrentes, na maioria das vezes, das dúvidas e entraves dessa dissertação. Foram verdadeiras parceiras no dia-a-dia, me ajudando a não perder o bom humor.

À ACE, nas pessoas do corpo discente, corpo docente e coordenadores dos cursos de Psicologia e Pedagogia. A necessidade de cumprir uma graduação no currículo está aquém das motivações cotidianas que atravessam o percurso do mestrado: quando compartilharam interesse pelo andamento da pesquisa, corresponderam às expectativas de aprender comigo o que acabei de descobrir e toleraram a nova ordem de minhas prioridades com compreensão e incentivo.

Grata às minhas parceiras de mestrado: Andressa, pessoa serena, delicada e amorosa, que me presenteou com sua amizade sincera, e Gisele, pessoa tão leve e de tanto peso intelectual. Dividimos mais do que um quarto de hotel e aventureiras caronas. Duas pessoas a quem devo boa parte das risadas e memórias emocionais no percurso do mestrado.

Aos participantes da pesquisa: pessoas que compreenderam minhas necessidades e se disponibilizaram, por solidariedade a mim e/ou à ciência, a responder aos questionários e compartilharem suas experiências, suas ideias e seus ideais no que tange a intervenção com crianças com autismo.

Obrigada à colega Lília Maíse, que contribuiu imensamente em várias fases da pesquisa... com amizade, invejável conhecimento e muita generosidade.

Às amigas Júlia, Cátia, Arlete, Margit, Nana, Marisa... amigas sempre conectadas comigo e que às suas maneiras participaram das boas condições que tive para realizar esse mestrado – compartilhando materiais, servindo de modelo de saber viver, como inspiração para “chegar lá”, ouvindo com paciência um assunto nem tão em comum...

Obrigada à minha “equipe”: Elaine, Igor, Samanta, Luís e Gero, pelo suporte técnico ao longo da tabulação dos dados, produção de imagens e revisão estrutural da dissertação.

Ao corpo docente da UFSC, especialmente aos professores Mauro Luís Vieira e Carmen L. O. O. More, pelas contribuições valiosas ao instigarem-me a entrar em contato de forma cada vez mais profunda com o tema da pesquisa e a organizar o processo de investigação. Aos professores Dr. Adriano Nuermberg e Dr. Jaime Bezerra Do Monte, pelas pontuações fundamentais no momento da qualificação do projeto de pesquisa.

Ao meu orientador Roberto Moraes Cruz, obrigada pela confiança e aposta, pelas revisões e sugestões, por dar-me condições de ampliar conhecimentos e construir maior autonomia de pensamento. Obrigada pelo incentivo e oportunidades.

RESUMO

O autismo é considerado um dos mais graves transtornos do desenvolvimento, acarretando prejuízos em habilidades nobres de adaptabilidade humana. A interferência qualificada no curso de desenvolvimento dessas crianças deve contar com um profissional dotado de raciocínio clínico apurado para elaborar suas práticas de avaliação e intervenção, contemplando a criança como um ser integrado em suas diversas dimensões desenvolvimentais. A pesquisa apresentada teve por objetivo construir diretrizes clínico-educacionais para intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com autismo. Trata-se de uma pesquisa de sistematização e desenvolvimento, cujos dados foram coletados em dois domínios: 1) teórico-técnico, por meio de levantamento e sistematização de conhecimentos teóricos, métodos e instrumentos na área de autismo e 2) empírico, em que 25 profissionais experientes e 13 instituições especializadas compartilharam o que compreendem ser importante na intervenção sobre o desenvolvimento de crianças com autismo menores de seis anos. Por meio de análise, síntese e sistematização dos dados coletados, as diretrizes clínico-educacionais para orientar profissionais em processos de intervenção em crianças com transtorno autista menores de seis anos ficaram compostas por princípios orientadores, eixos do desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autista e um glossário teórico-técnico. Os princípios são: I) Intervenção sobre os diferentes sistemas de interação da criança com transtorno do espectro autista; II) Intervenção especializada intensiva; III) Estruturação e sistematização; IV) Interdisciplinaridade; V) Maximização das interações sociais e minimização das condições autistizantes. Os eixos de desenvolvimento a serem tomados como organizadores do planejamento são: a) Integração e desenvolvimento das habilidades sensorio-emocionais; b) integração e desenvolvimento das habilidades sócio-afetivas; c) integração e desenvolvimento dos processos cognitivos; d) desenvolvimento da linguagem/comunicação; e) desenvolvimento das habilidades adaptativas e de auto-eficiência. As diretrizes clínico-educacionais representam uma contribuição instrumental e tecnológica à comunidade científica e profissional, com vistas a orientar profissionais em processos de intervenção em crianças autistas em tenra idade.

Palavras-chave: autismo, desenvolvimento psicológico, avaliação, intervenção precoce, diretrizes clínico-educacionais.

ABSTRACT

Autism is considered to be one of the most serious development disorders, resulting in losses to noble abilities of human adaptability. Qualified interference in the development of these children must be made by a professional with acute clinical thinking to help in his assessment and intervention practices, contemplating the child as a human being integrated with his/her various developmental dimensions. The purpose of the research presented was to make clinical-structural guidelines to intervene in the psychological development of autistic children. It is a systematization and development research, which data was collected from two domains: 1) theoretical-technical – collection and systematization of theoretical knowledge, methods and instruments in the autism area; and 2) empirical – where 25 skilled professionals and 13 specialized institutions shared what they understood to be important about an intervention on the development of autistic children younger than six years old. Through the analysis, synthesis and systematization of the data collected, clinical-educational guidelines to guide professionals on intervention processes in children younger than six years old, with minor autistic disorders, comprised guiding principles, psychological development axes of children with autism spectrum disorders and a technical glossary. The principles are: I) Intervention in the different interaction systems of children with autism spectrum disorders; II) Intensive specialized intervention; III) Structuring and systematization; IV) Interdisciplinarity; V) Maximization of social interaction and minimization of autisticizing conditions. The development axes to be used as planning organizers are a) integration and development of sensory-emotional skills; b) integration and development of social-affective skills; c) integration and development of cognitive processes; d) development of language/communication; e) development of adaptive and self-efficiency skills. The clinical-educational guidelines represent an instrumental and technological contribution to the scientific and professional community, aiming at guiding professionals on intervention processes in young autistic children.

Keywords: autism, psychological development, assessment, early intervention, clinical-educational guidelines.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	CrITÉrios para diagnÓstico de Transtorno Autista, conforme DSM-IV-TR	29
Figura 2	A teoria afetiva, baseada em Baron-Cohen	36
Figura 3	A teoria cognitiva, baseada em Baron-Cohen	42
Figura 4	Fatores prognosticadores do transtorno do espectro autista	66
Figura 5	DinÁmica de uma sessão no Programa Son-Rise	89
Figura 6	Esquema geral da estrutura do mÉtodo de pesquisa	120
Figura 7	Movimento funcional do mÉtodo da pesquisa	122
Figura 8	Participantes da pesquisa, segundo o local em que atendem crianças com autismo	140
Figura 9	Tempo ideal de atendimento semanal a crianças autistas menores de seis anos	147
Figura 10	Essencial a um autista aprender: habilidades sociais e comportamento adaptativo	155
Figura 11	Essencial a um autista aprender: habilidades cognitivas	152
Figura 12	Essencial a um autista aprender: atividades básicas e funcionais no cotidiano	153
Figura 13	Essencial a um autista aprender: comunicao	154
Figura 14	Essencial a um autista aprender: funções de regulao sensorio-emocional	156
Figura 15	Abordagens filosóficas/teóricas adotadas pelos participantes	157
Figura 16	BenefÍcios das metodologias em relação aos recursos apresentados	161
Figura 17	BenefÍcios das metodologias relacionados aos efeitos sobre o desenvolvimento e aprendizagem	162
Figura 18	BenefÍcios das metodologias relacionados à comunicação	163
Figura 19	BenefÍcios das metodologias relacionados à independênciA e autonomia	164
Figura 20	BenefÍcios das metodologias relacionados aos aspectos afetivos	164
Figura 21	BenefÍcios das metodologias relacionados à socialização	165
Figura 22	BenefÍcios das metodologias relacionados à estruturação	165
Figura 23	BenefÍcios das metodologias relacionados a comportamentos excessivos	166

Figura 24	Elementos sobre habilidades cognitivas componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas	170
Figura 25	Elementos que fazem relação com o corpo, componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas	171
Figura 26	Elementos sobre atividades básicas e funcionais no cotidiano, componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas	172
Figura 27	Elementos sobre habilidades sociais e comportamentos adaptativo, componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas	173
Figura 28	Elementos sobre comunicação, componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas	174
Figura 29	Princípio de intervenção sobre três níveis de interação: criança, família e comunidade	207
Figura 30	Níveis do sistema de interação no processo interventivo com criança com transtorno do espectro autista	208
Figura 31	Eixos-alvos de intervenção do desenvolvimento da criança com transtorno autista	218
Figura 32	Construtos do eixo <i>Integração e desenvolvimento das habilidades de regulação sensório-emocional</i>	220
Figura 33	Construtos do eixo <i>Integração e desenvolvimento das habilidades sócio-afetivas</i>	221
Figura 34	Construtos do eixo <i>Integração e desenvolvimento dos processos cognitivos</i>	222
Figura 35	Construtos do eixo <i>Desenvolvimento de linguagem/comunicação</i>	223
Figura 36	Construtos do eixo <i>Desenvolvimento das habilidades adaptativas e de auto-eficiência</i>	224
Figura 37	Dinâmica de interação entre os campos de intervenção e os princípios gerais das diretrizes	225
Figura 38	Diretrizes clínico-educacionais e ênfases nas metodologias de intervenção	227

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	O Continuum Autístico	41
Tabela 2	Instrumentos recomendados para avaliação do autismo, segundo metodologia de acesso ao fenômeno	58
Tabela 3	Instrumentos para avaliação intra-sujeitos	60
Tabela 4	Instrumentos recomendados para avaliar fenômenos psicológicos em idade pré-escolar, não específicos para autistas	61
Tabela 5	Instrumentos para evolução de tratamento de crianças autistas, baseado em Jorge (2003)	62
Tabela 6	Os cinco níveis de ensinamento do estado mental	108
Tabela 7	Serviços providos aos participantes do Projeto Data...	114
Tabela 8	Descritores para pesquisa bibliográfica	124
Tabela 9	Categorias temáticas para classificação dos materiais na etapa de Pesquisa Bibliográfica	125
Tabela 10	Caracterização dos participantes profissionais da pesquisa.....	129
Tabela 11	Caracterização das instituições participantes da pesquisa	132
Tabela 12	Tipos de intervenções profissionais em crianças autistas menores de 6 anos, realizadas pelos participantes da pesquisa	141
Tabela 13	Intervenções profissionais indicadas pelos participantes profissionais para crianças autistas menores de 6 anos	143
Tabela 14	CrITÉrios para recomendar a educação infantil regular para crianças autistas menores de seis anos	144
Tabela 15	Tipos de ações profissionais e institucionais envolvendo famílias	179

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	21
2.	OBJETIVOS	26
2.1	OBJETIVO GERAL	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3.	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	27
3.1.1	Perspectivas históricas, etiológicas e epistemológicas sobre o transtorno do espectro autista	30
3.1.1.1	Teorias afetivas	35
3.1.1.2	Teorias cognitivistas	40
3.1.2	Desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autista	43
3.2	AVALIAÇÃO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	52
3.2.1	Deteção precoce do autismo por meio de instrumentos padronizados	55
3.2.2	Instrumentos para avaliação de fenômenos psicológicos de crianças com autismo	59
3.3	INTERVENÇÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS .	63
3.3.1	Autismo, tratamento e cura	63
3.3.2	Princípios fundamentais das práticas de intervenção em tenra idade	71
3.3.3	Orientadores para intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com autismo menores de seis anos	74
3.4	METODOLOGIAS CLÍNICO-EDUCACIONAIS PARA INTERVENÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	76

3.4.1	Programas de intervenções comportamentais	79
3.4.2	Programas de intervenções evolutivas	84
3.4.3	Programas de intervenções combinadas	92
3.4.4	Intervenções psicodinâmicas	99
3.4.5	Programas de intervenções baseadas em terapias	101
3.4.6	Programas de intervenções baseadas na família	109
3.4.7	Programas de intervenções voltados para a inclusão social	111
4.	MÉTODO	115
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	115
4.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	117
4.2.1	Procedimentos de coleta e análise de dados do domínio teórico-técnico	122
4.2.2	Procedimentos de coleta e análise de dados do domínio empírico	125
5.	RESULTADOS	135
5.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS E INSTITUCIONAIS	135
5.2	PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS	136
5.3	A INTERVENÇÃO CLÍNICO-EDUCACIONAL NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS	140
5.4	INSTRUMENTALIZAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA INTERVIR COM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS	155
5.5	CONHECIMENTOS PROFISSIONAIS PARA INTERVIR NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS	172

5.6	FAMÍLIAS E INTERVENÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS	174
6.	DISCUSSÃO	180
7.	PROPOSTA DE DIRETRIZES	203
7.1	PRINCÍPIOS ORIENTADORES DAS DIRETRIZES .	203
7.2	DIMENSÕES DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO PARA INTERVIR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS	211
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
	REFERÊNCIAS	231
	APÊNDICES	253
	APÊNDICE A - INSTRUMENTOS PARA DIAGNÓSTICO/DETECÇÃO DO AUTISMO	255
	APÊNDICE B - GLOSSÁRIO TEÓRICO-TÉCNICO	260
	APÊNDICE C - ROTEIRO PARA LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS: Categoria: DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO	304
	APÊNDICE D - ROTEIRO PARA LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS: Categoria: AVALIAÇÃO	305
	APÊNDICE C - ROTEIRO PARA LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS: Categoria: INTERVENÇÃO ...	306
	APÊNDICE F - CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA	307
	APÊNDICE G - QPP – QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS QUE INTERVÊM COM CRIANÇAS COM AUTISMO	308
	APÊNDICE H - QPI – QUESTIONÁRIO DIRIGIDO ÀS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO	312
	APÊNDICE I - QPPc – QUESTÕES COMPLEMENTARES AO QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS ..	316

APÊNDICE J - QP1c – QUESTÕES COMPLEMENTARES AO QUESTIONÁRIO DIRIGIDO ÀS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS	318
APÊNDICE L - CARTA ANEXA AOS QUESTIONÁRIOS ENVIADOS PELO CORREIO	320
APÊNDICE M - TCLE – PROFISSIONAIS	321
APÊNDICE N - TCLE – INSTITUIÇÕES	323
APÊNDICE O - CARTA AOS PARTICIPANTES QUE NÃO RETORNARAM O QUESTIONÁRIO NO PRIMEIRO PRAZO SOLICITADO	325
APÊNDICE P - CARTA ENVIADA AOS PARTICIPANTES NA SEGUNDA ETAPA DA COLETA DE DADOS (PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES COMPLEMENTARES)	326
APÊNDICE Q - CARTA DE AGRADECIMENTO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	327
APÊNDICE R – MODELO DE FICHAMENTO DE TEXTO	328
APÊNDICE S - INTERVENÇÕES CLÍNICO-EDUCACIONAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO	329

1. INTRODUÇÃO

O autor de uma tese tem um compromisso social: oferecer uma contribuição à comunidade científica a partir de sua pesquisa. Adentrar ao Programa de Mestrado da UFSC mobilizou-me a conciliar as inquietações pessoais com possíveis lacunas na literatura científica e no campo técnico-profissional. No meu entendimento, somente quando eu conseguisse uma convergência entre esses dois campos é que eu poderia encontrar a motivação necessária para dar conta de tal empreitada.

Iniciei minha trajetória profissional em 1995, como auxiliar de sala numa instituição especializada no atendimento a crianças com autismo. Desde então, aprender sobre a síndrome era uma necessidade. Uma das coisas que ouvia com certa constância e que me marcou muito era que *o autismo é a mais grave (ou uma das mais graves) psicopatologia*. Ora, essas crianças (as que eu conheci) andavam... algumas delas falavam... aprendiam... como dizer que é o mais grave transtorno? Eis o começo de muitas perguntas sucessoras... Eu não compreendia a dimensão que assumia a ideia de “grave” – grave para quem? Grave em que perspectiva?

Quando assumi o papel de professora e, mais tarde, passei a prestar atendimento domiciliar a crianças com transtornos de desenvolvimento, me vi diante de muitos questionamentos: *como avaliar crianças com autismo?, o que podem e o que é importante que elas aprendam?, como decidir sobre programas de intervenção?, o que é peculiar e o que é comum nas necessidades de aprendizagem entre crianças com autismo e crianças de desenvolvimento típico?, o quanto a condição autista limita ou potencializa o desenvolvimento de habilidades?*.

A busca de respostas percorreu a literatura, contato com profissionais experientes e a opção por um curso superior que abrisse novas possibilidades de conhecer sobre o autismo. Não demorou, portanto, para que o papel de profissional impulsionasse o papel de pesquisadora (esse último não suprimindo o primeiro, mas, ao contrário, sendo alimentado por ele). Esse encontro ficou marcado pela investigação da melhor equação entre o comum e o clinicamente específico na comparação entre crianças com desenvolvimento típico, crianças com outras deficiências e crianças com autismo – e mesmo nessas últimas, nas diferentes “tonalidades” que se apresentam, dadas as co-morbidades e níveis diversos de acometimentos dos sintomas.

Objeto de estudo científico há pouco mais de seis décadas, o autismo está entre os 17% das crianças em idade pré-escolar que apresentam algum risco para o desenvolvimento (Kvilekval, 2009). Essa e outras tantas razões têm levado pesquisadores e profissionais a buscarem respostas aos questionamentos sobre precisões diagnósticas, possíveis causas, fenótipos e co-morbididades, características psicológicas, funcionamento cerebral e possibilidades de intervenção¹.

Por afetar as funções psicológicas nobres, essenciais para o desenvolvimento ontogenético do homem, o acometimento de transtorno autista numa criança mobiliza familiares na busca de profissionais de diferentes especialidades para intervir sobre as manifestações comportamentais e/ou no curso do desenvolvimento dessas crianças, bem como na adaptação às condições familiares em relação às interações com a criança. Minha experiência profissional demonstra que é alta a demanda por profissionais experientes no atendimento de crianças autistas, mas essa demanda é difícil de ser correspondida, conduzindo as crianças a profissionais que não possuem prática ou referenciais práticos seguros para intervir. Essas lacunas na experiência profissional podem representar uma perda para a criança e família, uma vez que podem falhar ao não potencializarem os recursos de desenvolvimento latentes nas crianças, especialmente nos primeiros anos de vida.

Uma das principais contribuições que pesquisas nas áreas de neurociências e neuropsicologia têm dado aos profissionais é demonstrar que as crianças de desenvolvimento típico aprendem espontaneamente uma série de habilidades essenciais para o seu desenvolvimento (como buscar e manter o contato visual durante uma interação, compartilhar com outra pessoa a atenção sobre um objeto ou situação, envolver-se em brincadeiras de faz-de-conta, usar a imitação como forma de aprendizagem).

¹ No Brasil, o marco da divulgação científica e da produção de conhecimento sobre o tema é o I Congresso Nacional de Autismo, ocorrido em 1989, em Brasília/DF. Para se ter uma ideia da dimensão atual do conhecimento produzido, ao pesquisar pelo descritor “autism” em sites de busca de artigos científicos, a quantidade de materiais encontrados ultrapassa milhares. No dia 25 de julho de 2009, na busca no portal da Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) por publicações que contenham a palavra-chave “autism”, nos últimos dez anos, foram encontradas 6.664 publicações. No SagePub (www.onlinesagepub.com), por meio de uma busca similar, 5.519 publicações estavam disponíveis na mesma data. A busca no portal Scielo Brasil (www.scielo.br), trouxe 84 artigos em 25 de julho de 2009. No dia 12 de agosto de 2009, no portal Medline (bases.bireme.br), recuperaram-se 9.647 referências que contivessem a palavra-chave “autism” entre o período de 1997-2009.

Tais processos psicológicos, que são espontaneamente gerados em crianças de desenvolvimento típico, permitindo-lhes apreender o conhecimento do senso comum de maneira natural, não ocorrem da mesma forma em crianças com autismo, de modo que requerem processos de interação especializados, intencionais e sistemáticos para dar conta das tarefas que implicam em usar tais habilidades, caracteristicamente humanas e essenciais para a sobrevivência da espécie. As pessoas com quem a criança com autismo interage, especialmente nas primeiras idades, precisam tomar consciência desses processos para que possam oferecer, de forma qualificada, condições para o aprendizado e desenvolvimento dos pequenos, por meio da promoção de intervenções deliberadas.

Não se deve subestimar o impacto que o diagnóstico autista representa sobre as expectativas de desenvolvimento de crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, quando se pode contar mais com as possibilidades neuroplásticas do cérebro humano. É importante também refletir sobre o argumento de que *qualquer tipo* de intervenção é importante para a criança autista, sob o argumento simplificado e benevolente de que *“qualquer coisa que se faça por elas já é muito”*. Para potencializar habilidades nas crianças com autismo, é preciso ser conhecedor dos efeitos de suas ações e usuário consciente de técnicas ou programas de intervenção disponíveis, de modo a ponderar intensidade, frequência e qualidade nas interações com a criança.

No âmbito da revisão de literatura deste estudo são feitas considerações teóricas e metodológicas sobre a detecção do autismo e os recursos instrumentais para avaliação de crianças com autismo – seja para o diagnóstico diferencial ou para avaliar aspectos específicos do desenvolvimento e configuração da criança, para programar planos de tratamento e intervenção. Tais informações foram incorporadas no capítulo teórico em função da relevância instrumental que assumem dentro da prática profissional.

Uma vez detectado o autismo e avaliadas as condições de desenvolvimento da criança, a recorrência dos profissionais a programas de tratamento tem sido muito útil, especialmente pela segurança que modelos de intervenção oferecem em razão da sustentação teórica e dos referenciais prático/técnicos que geralmente os acompanham. Atualmente, há um largo leque de possibilidades e enfoques para intervenção profissional sobre o desenvolvimento e comportamentos de crianças com autismo. Os programas propostos podem ser categorizados em psicodinâmicas, biomédicas e psicoeducacionais, sendo as duas últimas as mais correntes (Alessandri, Thorp, Mundy, & Tuchman,

2005; Mulas et al., 2010; Nikolov, Jonker, & Scahill, 2006). O campo dos programas psicoeducacionais é tratado com maior especificidade, sendo descritos os princípios de cada metodologia e características centrais da proposta prática.

A descrição das implicações de aprendizagem da criança autista, das formas de avaliá-la e dos métodos interventivos percorre uma questão maior: afinal, de que tipo de intervenção precisa uma criança com autismo? A pergunta posta desafia a quem vivencia o cotidiano, visto que o espectro autista contempla uma diversidade de fenótipos e comumente está associada a outras comorbidades, tornando complexa a tarefa de construir diretrizes universais de intervenção e tratamento.

Ao se conceber o desenvolvimento humano a partir do princípio interacionista, parte-se para a especificidade e sistematização do que se recomenda como essencial ao desenvolvimento de crianças que se desenvolvem sob a condição do espectro autista, com atenção especial aos primeiros anos de vida. Há alguns materiais (nacionais e internacionais) configurados como diretrizes ou mesmo protocolos para o tratamento de crianças com autismo. Tais materiais, em geral, são propostas teóricas que acoplam/estendem-se a modelos de tratamento. Podem estar filiados a alguma perspectiva epistemológica, como em Gonçalves et al (2008) e Monte (2005), que são materiais governamentais brasileiros e se baseiam na metodologia TEACCH, ou trazer diretrizes gerais, como em Fuentes-Biggi et al. (2006).

Essa pesquisa é dirigida especialmente àqueles que se propõem a interferir sobre o desenvolvimento de crianças autistas e se preocupam com propostas intervencionistas de cunho psicoeducacional. A compreensão sobre as necessidades de uma pessoa com autismo em termos de promoção de desenvolvimento deliberado requer que se busquem referências na aplicabilidade de intervenções na vida real, fora das condições especiais dos estudos de investigação (Fuentes-Biggi, et al., 2006). Esse reconhecimento dirigiu o percurso metodológico desta pesquisa, cuja investigação perpassou orientações gerais e compartilhamento de escolhas práticas de profissionais especializados e experientes no âmbito da intervenção sobre o desenvolvimento das crianças autistas menores de seis anos.

Opções de fundamentos filosóficos, metodologias, recomendação de outras intervenções combinadas, relação da intervenção especializada com a educação regular, formas de envolver as famílias nos processos de intervenção, entre outros, foram alvos da investigação no campo empírico. A identificação de pontos chaves no planejamento das intervenções, do que é comum e das especificidades das práticas e

concepções de profissionais e instituições foram tomados como referências para a construção de diretrizes para intervenção precoce no desenvolvimento de crianças com autismo em idade pré-escolar.

As diretrizes apresentadas nessa dissertação são fruto da pesquisa teórica e, como núcleo diferencial, também da pesquisa empírica, que fizeram emergir os principais eixos do desenvolvimento humano que devem ser tomados como base para intervenção profissional com crianças autistas. As diretrizes são apresentadas no capítulo final, com a narrativa do processo de construção destas ao longo da pesquisa. São compostas por princípios orientadores e eixos do desenvolvimento psicológico relevantes na intervenção sobre o autismo. A partir da constituição das diretrizes, uma última análise foi realizada: a identificação de quais componentes das diretrizes são mais enfocados em cada um dos programas/metodologias de intervenção.

Essa análise foi possível a partir do exercício de destrinchar das principais metodologias designadas para o tratamento psicoeducacional da criança com transtorno do espectro autista. Buscaram-se destacar seus princípios, componentes epistemológicos, benefícios e limitações, bem como destaque dos construtos centrais. As divergências teóricas subjacentes a cada programa de intervenção ou mesmo às explicações sobre o transtorno do espectro autista apontaram outra demanda que se efetivou ao longo da pesquisa: um glossário teórico-técnico sobre o autismo. Nele, reúnem-se conceitos relacionados às teorias explicativas, às dimensões históricas do transtorno, às descrições comportamental, sintomática e desenvolvimental, bem como às metodologias e programas de intervenção.

Por fim, no capítulo das Considerações Finais são apontadas as reflexões centrais sobre a relevância da pesquisa nos contextos científico e social, bem como indagações restantes à pesquisadora, identificando os pontos que merecem aprofundamento na investigação teórica ou empírica e repercussões possíveis da pesquisa no contexto profissional.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir diretrizes clínico-educacionais orientadoras de processos de intervenção profissional sobre o desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno autista menores de seis anos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar dimensões clínico-educacionais, referidas na literatura científica, sobre avaliação e intervenção em crianças com autismo;
- Caracterizar metodologias de intervenção dirigidas a crianças com transtorno do espectro autista menores de seis anos;
- Identificar eixos comuns entre os programas e metodologias de intervenção voltados a crianças com autismo menores de seis anos;
- Identificar orientações clínico-educacionais nas práticas profissionais de intervenção em crianças com autismo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A construção de diretrizes clínico-educacionais para pessoas com autismo se tornou possível a partir de uma revisão de literatura sistemática e apurada. Para compreender panoramicamente as condições atuais de produção de conhecimento nessa área, o presente capítulo se estrutura a partir dos conhecimentos construídos e coletados no primeiro momento da pesquisa e procura apresentar uma compilação da produção teórica e técnica sobre tratamento de crianças com transtorno autista em idade pré-escolar.

O capítulo se estrutura partindo de uma discussão sobre o autismo numa perspectiva histórica, que se reflete nas modificações terminológicas e nas predições sobre seu curso clínico e possíveis desfechos. Na sequência, propõe-se uma explanação crítica atualizada sobre os processos de desenvolvimento de crianças autistas, seguido por um exame teórico-crítico acerca da detecção precoce do transtorno, com instrumentos para diagnóstico diferencial, e dos processos de mensuração intra-sujeitos, com apresentação da revisão de instrumentos para esse fim.

Adiante, propõe-se a apresentação dos resultados de parte da pesquisa teórico-técnica, que contemplou medidas de intervenção precoce no desenvolvimento de crianças com autismo. Nela, há a apresentação e caracterização das metodologias de intervenção educacionais e clínicas, mundialmente conhecidas, cujos princípios posicionam-nas desde promotoras de aquisição de habilidades, propositoras de adaptabilidade socioambiental, visualização na melhora da qualidade de vida do indivíduo e da família, até apostas na cura e/ou quadros pós-autismo. Essas metodologias são articuladas no capítulo Resultados, com práticas e crenças de profissionais e representantes institucionais, participantes da pesquisa empírica, sobre intervenção com crianças com espectro autista menores de seis anos de idade.

3.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A Associação Americana de Psicologia (APA) considera o transtorno autista como um transtorno invasivo do desenvolvimento (TID), como são o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (Incluindo Autismo Atípico) (DSM-IV-TR, 2002). São considerados transtornos de tipo autístico:

transtorno autista, transtorno de asperger e TID sem outra especificação. O transtorno de rett e o transtorno desintegrativo da infância são considerados não-autísticos e já é prevista a saída destes da categoria “Transtornos Globais do Desenvolvimento” na próxima edição do DSM (Goldstein, 2009).

O transtorno autista apresenta-se como uma desordem no desenvolvimento que se manifesta desde o nascimento, mas costuma ser mais perceptível a partir dos 18 meses. Com a ampliação, na literatura, para “transtorno do espectro autista”, configurando desde os casos mais brandos até os mais severos, em relação ao grau de acometimento dos sintomas, pode acometer de 10 a 60 casos para cada 10 mil nascidos. É quatro vezes mais comum entre meninos do que entre meninas e, quando a menina é acometida, os sintomas tendem a ser mais graves (Facion, 2007; Honda, Shimizu, Imai, & Nitto, 2005).

Autistas caracterizam-se por prejuízos severos, cujo diagnóstico baseia-se por uma tríade: (1) dificuldades relativas às habilidades de interação social recíproca; (2) de comunicação e (3) presença de comportamentos estereotipados – atividades e movimentos repetitivos. Além disso, os prejuízos devem estar presentes antes dos primeiros 36 meses de vida da criança. O quadro clínico comumente está associado a outras condições clínicas, como a deficiência intelectual e o atraso neuropsicomotor que, embora quase sempre coexistam, ocupam condições distintas, sendo necessária uma segunda formulação diagnóstica para identificá-los (DSM-IV/APA, 1995).

Para o diagnóstico de Transtorno Autista, precisa apresentar certo número de sintomas, conforme orienta o DSM-IV-TR, na figura 1.

A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2), e (3), com pelo menos dois de (1), e um de cada de (2) e (3).

1. Marcante lesão na interação social, manifestada por pelo menos dois dos seguintes itens:

- a. destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como contato ocular, expressão facial, postura corporal e gestos para lidar com a interação social.
- b. dificuldade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento.
- c. falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: dificuldades em mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse.
- d. ausência de reciprocidade social ou emocional.

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

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

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

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

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

1. interação social.
2. linguagem usada na comunicação social.
3. ação simbólica ou imaginária.

Figura 1: Critérios para diagnóstico de Transtorno Autista, conforme DSM-IV-TR

Fonte: DSM-IV-TR (2002)

Essa categoria de transtornos foi adjetivada como “invasivo” (Transtorno Invasivo do Desenvolvimento) até 2002, quando, então, houve a revisão do DSM-IV e adotou-se o termo “global” em seu lugar. O termo “invasivo” buscava designar o intenso e desconcertante impacto dos sintomas da síndrome no curso do desenvolvimento das pessoas que o apresentam (Leon, 2002) e refletia o fato de que múltiplas áreas de funcionamento são afetadas no autismo e nas condições a ele relacionadas (Klin, 2006).

Além de aspectos sobre terminologias¹², identifica-se, ao longo da história, uma diversidade de explicações para o autismo quanto a tipo de entidade clínica e etiologia do transtorno. Tal diversidade pode ser mais bem compreendida recorrendo-se à história científica do fenômeno, como se verá a seguir.

3.1.1 Perspectivas históricas, etiológicas e epistemológicas sobre o transtorno do espectro autista

Ao longo do percurso da ciência, há relatos de crianças com alterações no desenvolvimento, sugerindo quadros autísticos: é o caso de lendas tradicionais ou obras literárias, como *Niliouchka*, de Gorki (Kupfer, 2000) ou o “menino selvagem” Victor, de Aveyron, retratado pelo médico francês Itard, no final do século XVIII (Assumpção Jr, 2008; Cole & Cole, 2004). No entanto, grande parte da literatura especializada confere a Leo Kanner, psiquiatra infantil de origem austríaca e radicado nos EUA, a primeira referência sobre autismo, em 1943.

Kanner produziu um artigo intitulado “Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo”, em que descreveu um quadro comum a onze crianças que ele acompanhava: incapacidade de se relacionarem com outras pessoas; severos distúrbios de linguagem (sendo esta pouco comunicativa) e uma preocupação obsessiva pelo que é imutável. Embora tenha chamado de “autismo infantil precoce” (Bosa & Callias,

¹² De acordo com as discussões atuais sobre as terminologias adequadas para as deficiências, em geral, não se recomenda o uso dos termos “o autista” ou “a pessoa autista”, já que conduzem à ideia de personificação do transtorno. Ao invés disso, parece mais adequado utilizar o termo “pessoa com autismo” ou “criança com autismo”, pois permite que o transtorno fique subordinado à pessoa, não subjetivando a deficiência (Sasaki, 2003). Apesar de considerar importante essa perspectiva, compreendendo que as palavras vão demarcando territórios e ideias e são metabolizadas nas práticas culturais, o texto dessa dissertação comporta-se de forma flexível no uso dessas terminologias, pois seu objeto de estudo não são crianças concretas, mas o diagnóstico do autismo, cometido em crianças, de forma abstrata, categorial.

2000), para Kanner, tal doença era especificamente relacionada a fenômenos de ordem esquizofrênica, apresentando limitação nas relações pessoais e com o mundo externo, parecendo excluir tudo que parecia ser o “eu” da pessoa (Salle, Sukiennik, Salle, Onófrío, & Zuchi, 2005).

O adjetivo “autista”, porém, aparece pela primeira vez na literatura psiquiátrica em 1906, por Plouller, num estudo sobre pacientes com diagnóstico de demência precoce (esquizofrenia). Bleuler, em 1911, difunde o termo “autismo”, ao defini-lo como um sintoma da esquizofrenia que implica em “perda de contato com a realidade, causada pela impossibilidade ou grande dificuldade na comunicação interpessoal” (Salle, et al., 2005).

Segundo Assumpção Jr. (2008), o termo tão difundido por Bleuler foi aproveitado por Kanner, que utilizou-o para designar um quadro clínico específico verificado em onze crianças de classe média americana, bonitas e inteligentes, com problemas graves do desenvolvimento. Uma década depois da primeira publicação de Kanner, em 1954, o quadro do autismo continua a ser descrito como uma “psicose”, cuja alegação do pesquisador era de que os exames clínicos e laboratoriais ofereceram dados inconsistentes referentes à etiologia. Embora considerasse “uma verdadeira psicose”, Kanner destacava que o quadro em questão diferia das psicoses graves da infância.

Goulart & Assis (2002) O termo “autismo” era uma designação aos comportamentos característicos de isolamento e auto-estimulação que essas crianças apresentavam. Inicialmente, Kanner observou que a maioria dos pais de crianças autistas era de classe média alta e apresentava uma atitude indiferente nos cuidados com suas crianças. Essa evidência, do seu ponto de vista, fez com que ele pensasse ser “causa” da condição autista. Porém, percorria na observação do fenômeno uma discussão sobre quais fatores (se biológicos e/ou psicológicos) seriam responsáveis pelo quadro autista. Essa dúvida também fez Kanner considerar que o autismo se dava por uma incapacidade inata para se relacionar, “uma incapacidade inata para formar os laços normais, de origem biológica, de contato afetivo com as pessoas, do mesmo modo que outras crianças vêm ao mundo com outras deficiências inatas, físicas ou intelectuais” (Kanner, 1943, p. 250 apud Salle, et al., 2005).

Nessa mesma época, Hans Asperger, médico austríaco, apresentou sua tese de doutorado, intitulada “Psicopatía Autística” (1943, com publicação em 1944). Nesse estudo, apresentou crianças

cujas características eram semelhantes às crianças de Kanner em alguns aspectos. A Síndrome de Asperger, como ficou conhecida, tinha como um dos pontos similares com o Autismo Infantil o uso do termo “autismo/autístico” para referir-se a problemas na interação social. Asperger sugeriu que esse quadro ocorresse apenas em meninos e percebeu que a linguagem estava presente, bem como habilidades cognitivas e interesses idiossincráticos não comuns (Scheuer, Andrade, Gorgati, & Dornelas, 2005; Schwartzman, 2003).

Schwartzman (2003) esclarece que, por causa da Segunda Guerra Mundial, a comunicação entre as comunidades científicas dos EUA e Europa nessa época era praticamente nula, de modo que os dois autores (Kanner e Asperger) relataram casos de crianças com problemas similares sem que um soubesse do outro. O termo “autista” era, até então, utilizado na psiquiatria do adulto para referir-se a um sintoma da esquizofrenia: o extremo isolamento. No entanto, apesar da fragilidade nos canais comunicativos entre tais contextos científicos, tamanha coincidência assinala, no mínimo, a confluência de demandas daquele momento histórico.

O conjunto de sinais comportamentais, inicialmente visualizado como uma psicose, teve grande aceitação. Kanner chegou a afirmar que os pais dessas crianças não permitiam que elas melhorassem, e que talvez fosse o caso de afastá-las de seus pais temporariamente, deixando-as com famílias substitutas. Defendia-se que o tratamento dessas crianças deveria ficar a cargo de médicos ou psicólogos com formação psicanalítica (Schwartzman, 2003).

De acordo com Schwartzmann (2003), Leo Kanner refutava qualquer hipótese de causa biológica para o autismo. Porém, alguns autores da sua época já cogitavam esses determinantes para o quadro, dentre os quais são lembrados Van Krevelen, Benda e Melchior. A resposta de Kanner a eles era “que as causas parentais eram tão óbvias que somente cegos não as enxergavam” (Schwartzman, 2003). No final da década de 1970, Edward Ritvo se destaca com publicações que enfatizaram um modelo médico sobre o autismo, considerando-o como uma síndrome relacionada a deficiências gerais, a um déficit cognitivo. Assim é que um leque relativamente extenso de teorias explicativas para a condição autista vão surgindo no cenário científico e da intervenção (Ritvo, 1985).

A história de compreensão científica sobre o autismo, que iniciou por volta da década de 40 do século passado, se estende pelo menos pelos próximos 30 anos numa compreensão do distúrbio sob a ótica afetiva ou ambiental, tendo na escola francesa os principais

representantes, como Lebovici, Diatkine, Misès, Ajuriaguerra e outros (Assumpção Jr, 2008; Gauderer, 1985), prevalecendo até a atualidade essa visão na França (Golse, 2003, 2005).

O processo de dominação norte-americana no modo de abordar os fenômenos no campo da ciência reflete a passagem de um embasamento humanístico e compreensivo para um pensamento empírico e pragmático (Assumpção Jr, 2008). O afastamento das ciências humanas e a aproximação cada vez maior das ciências naturais e abordagens positivistas são verificadas na medida em que as teorias e concepções sobre etiologia do autismo emergem, a partir de estudos do cérebro e da genética, de forma não tão compreensiva e mais explicativa.

Pesquisadores contemporâneos, ao referirem as diferentes teorias explicativas sobre o autismo, fazem distinções também diferentes quanto às formas de categorizar tais teorias. Alguns afirmam a coexistência de duas grandes tendências das abordagens teóricas: teorias afetivas e teorias cognitivas, com predomínio das últimas (Assumpção Jr, 2008; Santos & Souza, 2007), por sua vez, não enquadram nas teorias afetivas as psicanalíticas ou psicogenéticas, distinguindo-as. Araújo (2007), mesmo considerando as teorias psicanalíticas como sendo abordagens afetivas, diferencia teoricamente a abordagem do autismo entre autores psicanalíticos, como Lacan, Melanie Klein ou Jung.

Além disso, a atual denominação do autismo com um tipo de transtorno invasivo do desenvolvimento configura um terceiro período na história das concepções do autismo (Passerino & Santarosa, 2004). As autoras referem três tipos de abordagem da síndrome do autismo em função de três épocas: 1) de 1943 (com Kanner) a 1963: autismo como transtorno emocional; 2) de 1963 a 1983: autismo como alteração cognitiva; 3) década de 1980 até a atualidade: autismo como um transtorno do desenvolvimento, englobando o indivíduo para além de transtornos afetivos ou cognitivos.

Códigos descritivos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), têm o propósito de sistematizar as características do repertório autista, possibilitando o diálogo entre diferentes áreas de saúde (Goulart & Assis, 2002). Contudo, mesmo uma matriz puramente descritiva, que se pretende ateorica, como o DSM, pode apresentar o quadro clínico suportado por um campo epistêmico e, antes disso, em um saber sobre o ser humano.

É assim no caso do autismo que, como outros transtornos do desenvolvimento, até a segunda edição do DSM, era considerado sob a

ampla designação de “esquizofrenia infantil” (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997). No entanto, já nos anos 70, reconhecia-se a necessidade de fazer distinções entre as severas desordens mentais, surgidas na infância, e as psicoses, que tinham o aparecimento em momentos posteriores do desenvolvimento (Bosa & Callias, 2000). O autismo, considerado como uma anormalidade no processo de desenvolvimento em si, passou a ser considerado como entidade clínica distinta somente a partir de 1980, quando passou a constar na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Dessa forma, a diferenciação com o quadro psicótico de que o autismo deve estar presente desde cedo na vida da criança (evidência dessa desordem deve ser aparente nos primeiros 36 meses de vida) é critério a partir do DSM-IV/APA (DSM-IV/APA, 1995).

Quanto à etiologia, são discutíveis até os dias atuais as atribuições ao quadro de autismo. Desde a primeira descrição, realizada por Leo Kanner, em 1943, diversas explicações foram produzidas, derivando metodologias e técnicas empregadas no processo diagnóstico e em outras dimensões de avaliação (Myers & Johnson, 2007).

Atualmente, há evidências de que fatores genéticos estão associados à etiologia da patologia (Losh & Piven, 2007; R. Tuchman & Rapin, 2009) devido à relação com causas neurobiológicas, como convulsões, deficiência intelectual, diminuição de neurônios e sinapses na amígdala, hipocampo e cerebelo, tamanho aumentado do encéfalo e concentração aumentada de serotonina circulante (Carvalho, Vergani, & Brunoni, 2004). Há evidências, ainda, de que bebês autistas têm crescimento acelerado do crânio no primeiro ano de vida (Courchesne, Carper, & Akshoomoff, 2003), embora poucos tenham macrocefalia (Filipek et al., 2000). Além disso, desde os estudos de Edward Ritvo (Ritvo, 1985), quando estabeleceu registro de estudos genéticos do autismo, vem se estabelecendo relação entre autismo e hereditariedade (Carvalho, et al., 2004). Existem estudos mais contemporâneos sobre possibilidade de determinações sociogeográficas no aparecimento dos sintomas do autismo (Baron-Cohen, Saunders, & Chakrabarti, 1999).

O autismo tem sido aceito como um transtorno cuja etiologia não é psicogênica, ou produto cultural da modernidade, embora tenha sido esse o pressuposto mais fortemente aceito em meados do século XX, nos primeiros estudos científicos realizados sobre a síndrome (Gauderer, 1985). Tem sido, então, amplamente considerado na sua condição polifatorial, multideterminado. Há um comprometimento inicial no equipamento orgânico-corporal, que limita a capacidade do bebê de ler as expressões emitidas pelo outro, de espontaneamente voltar-se ao

outro. Mas não pode ser reduzido a um déficit neurodesenvolvimental. Ao nascer, esse “corpo” se expõem a um contexto de interação social que pode ressaltar essas dificuldades ou pode desviá-las, pois a falta de reciprocidade da criança pode levar ao risco de reduzir significativamente investimento de atos afetivos dos pais sobre os filhos ou pode fazer com que esses pais insistam nas diversas interações humanas básicas, reforçando as possibilidades de criar as noções sobre os espaços de intersubjetividade para o bebê.

Assim, considerações acerca da etiologia do autismo e orientações metodológicas para avaliação e intervenção têm um *a priori* que arbitra as produções de conhecimento e intervenções – prevê um posicionamento ontológico de quem pesquisa e intervém, pois partem de um saber que está para além de um saber conceitual.

As divergências entre os três tipos de abordagem sobre o autismo (transtorno emocional, alterações cognitivas ou transtorno do desenvolvimento) tendem a ser mais categoriais do que conceituais, salvo algumas controvérsias ainda persistentes na atualidade (Kupfer, 2000). A seguir, explicitam-se algumas abordagens teóricas explicativas do autismo, seja do ponto de vista da etiologia, seja do ponto de vista do funcionamento/desenvolvimento.

3.1.1.1 Teorias afetivas

Depois de Kanner, Hobson foi o principal representante da compreensão de autismo a partir de uma concepção afetiva, cujas idéias se difundiram no final da década de 1980. De acordo com Assumpção e Kuczinsky (2007), Hobson propôs pensar a síndrome a partir de quatro grandes axiomas:

1. Crianças autistas têm falhas constitucionais de componentes de ação e reação necessários para relacionarem-se afetivamente com outras pessoas;
2. As relações pessoais são indispensáveis para a continuação do mundo próprio e com os outros;
3. Os déficits das crianças autísticas na experiência social intersubjetiva provocam as seguintes conseqüências: a) déficit relativo no reconhecimento de outras pessoas como portadoras de sentimentos próprios, pensamentos, desejos, intenções; b) déficit grave na capacidade para abstrair, sentir e pensar simbolicamente;
4. Grande parte dos prejuízos na cognição e linguagem das crianças autísticas pode refletir déficit intimamente relacionado ao

desenvolvimento afetivo e social, e/ou déficits sociais dependentes da possibilidade de simbolização.

As teorias afetivas contemporâneas tomam impulso quando Hobson, na década de 1990, publica trabalhos pioneiros demonstrando que as inabilidades de cognição e linguagem de crianças com autismo seriam reflexos de déficits no desenvolvimento afetivo e social (Araújo, 2007). A compreensão afetiva sobre o autismo foi estruturada por Baron-Cohen (1988), cujo esquema é apresentado na figura 2.



Figura 2: A teoria afetiva, baseada em Baron-Cohen

Fonte: Assumpção, 2008

Araújo (2007) esclareceu que, para Hobson, a partir das relações interpessoais é que o pensamento pode se desenvolver. Nesse sentido, o engajamento social com o outro promove o surgimento dos processos de pensamento, os quais revolucionam a vida mental. Numa perspectiva filogenética, Hobson reconhece que as bases do pensamento estão no momento em que os primatas ancestrais começam a entrar em contato emocional uns com os outros – como, ontogeneticamente, os bebês entram em contato com seus cuidadores.

Teorias psicanalíticas

Diversos trabalhos foram publicados na França sob o nome de “Autismo”, de autoria de Bettelheim, Maud Mannoni, François Dolto e outros, predominantemente nas décadas de 1950 e início de 1960. As teorias dessa concepção partem do pressuposto de que pai ou mãe “frios” seriam a causa do autismo – o autismo seria, portanto, reação de defesa das crianças contra a forma nociva de criação dos pais “esquizofrenogênicos”, ou seja, desprovidos de sentimentos.

Betthelheim, em 1967, desenvolveu a teoria das "mães frigorífico" (Gauderer, 1985; Rutter, 1985; Santos & Souza, 2007).

Há psicanalistas, em oposição às teorias organicistas, que consideram o autismo como uma patologia de estrutura psicótica, do grupo das esquizofrenias (Alerini, 1994). Um grupo distinto ainda considera o autismo como uma estrutura a parte da psicose, anterior ao estágio do seu desenvolvimento (Borges, 2006; Salim, 2006). Kupfer (2000) afirma que o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose infantil, para psicanalistas, parte do pressuposto de que no autismo falha a função materna, enquanto na psicose infantil a falha é na função paterna. Dentre as perspectivas psicanalíticas, também há diferenças nas concepções do autismo.

Frances Tustin se sobressai entre os psicanalistas que trazem o autismo como uma entidade clínica psicogênica. Desenvolveu uma explicação teórica e uma prática psicanalítica relacionada ao autismo infantil. Para essa autora, bebês recém-nascidos sofrem com a separação da mãe, auto-gerando percepções sensoriais como defesa psíquica para o apaziguamento da angústia resultante desse trauma. Essa defesa confere-lhe um sentimento de coesão física e psíquica, semelhante ao que se experimenta quando nós pressionamos uma chave na palma da mão. O apego a essa defesa foi chamado de "barreira autista" e afeta a capacidade do recém-nascido ou do bebê para a empatia (Salim, 2006; Sukiennik & Salle, 2005).

Melanie Klein, por sua vez, é pioneira no reconhecimento e tratamento da psicose em crianças, havendo reconhecido diferenças qualitativas entre crianças com autismo de outras com psicose, ainda que não tenha feito distinção entre autismo e esquizofrenia infantil. Para essa teórica, o autismo era considerado uma inibição do desenvolvimento, proveniente de uma angústia decorrente do intenso conflito entre o instinto de vida e de morte. Tal inibição seria de origem constitucional, com a ativação de defesas primitivas e excessivas do ego. Tendo bloqueada a relação do sujeito com a realidade e inibido o desenvolvimento da fantasia, desencadearia, então, a deficiência na capacidade de simbolizar, que é central à síndrome (Bosa & Callias, 2000).

Para Margareth Mahler, os primeiros dois meses de vida extra-uterina foi denominado "estádio de autismo normal", em que o bebê não percebe diferença entre realidade interna e externa e nem distinguir-se do mundo inanimado que o rodeia (Mahler, 1977). O autismo é compreendido dentro de um quadro psicótico, como regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de indiferenciação

perceptiva. Mahler destaca como características centrais o déficit em integrar sensações advindas do mundo externo e interno, e dificuldade de perceber a mãe na qualidade de representante do mundo exterior.

Donald Winnicott, pediatra e psicanalista francês, apresentou uma concepção de autismo também na linha da esquizofrenia da infância inicial ou da infância posterior, muito influenciado por Kanner, frisando que “o problema no autismo é fundamentalmente um problema de desenvolvimento emocional e [...] não é uma doença” (Winnicott apud Shepherd, Jennifer, & Robinson, 1997, p. 181).

Na concepção winnicottiana, o autismo é concebido a partir da teoria do amadurecimento e, então, como uma questão de imaturidade emocional, causada pela interrupção do amadurecimento da criança, seja pela inadequação ou insuficiência do ambiente perante suas necessidades (Araújo, 2004).

A razão pela qual essa visão foi incluída entre as teorias afetivas é pelo posicionamento do autor como psicanalista, considerando o autismo etiologicamente relacionado à história afetiva que construiu, como, por exemplo, relacionado a problemas no estabelecimento de vínculos emocionais primários com a mãe ou pai, a um fracasso relativo aos cuidados ao bebê, ao manejo inicial. Considerou que a maior dificuldade poderia estar relacionada a uma falta de confiança na realidade externa, por isso o isolamento como uma forma defensiva. Ainda, que características como a inversão pronominal indica uma identificação projetiva, num grau que deixa a criança sem uma identificação com o próprio *self* (Shepherd, et al., 1997).

Ao mesmo tempo, Winnicott concebeu fortemente a possibilidade de haver tendências naturalmente impostas para desenvolver um problema, como dano ou algum processo degenerativo afetando o cérebro da criança, ou ainda fatores hereditários (Shepherd, et al., 1997) e as tendências ambientais que potencializam ou inibem o desenvolvimento de estados autísticos do bebê (Araújo, 2004).

Já na visão lacaniana, o autismo é uma doença na qual o ser humano parece não ser capaz de ultrapassar a natureza em direção à cultura (Araújo, 2007). O autismo é uma organização narcísica do vazio, pois consiste em um aparelho cujo princípio de funcionamento seria o narcisismo, entendido como um movimento libidinal em que a energia é retirada do objeto e se volta para o corpo no qual foi originada. A ecolalia, por exemplo, é o sinal da existência da ressonância própria de uma organização do vazio, em que o som das palavras apenas encontra *Ecos*, mas não *Eros*, existente no âmbito do humano (Araújo, 2007). O autismo, nesse perspectiva, é marcado pela lógica da exclusão e, por

isso, a ecolalia também excluiria o outro como representante da língua (Carvalho, Rêgo, & Lima, 2003).

Lasnik-Penot (1994), psicanalista francesa de orientação lacaniana, também considera o autismo a partir do referencial da psicose. Refere, por exemplo, a inversão pronominal dos autistas como uma alienação da criança ao discurso do Outro. Essa autora apresenta relatos de casos em que considera a possibilidade de cura pela psicanálise – a partir da oferta de significado às manifestações “ocas”, desprovidas de simbolismo, das crianças em tratamento analítico. Reafirma uma concepção etiológica psicogênica para o autismo (Lasnik-Penot, 2005).

A compreensão junguiana sobre o autismo tem sido difundida no Brasil por meio de Araújo (Araújo, 2007; Scheuer & Andrade, 2007). Afirma que não se trata de negar a síndrome autística como transtorno do desenvolvimento, mas compreender o autismo como falha na estruturação da consciência humana, parecendo sujeito privado da individuação. Araújo (2007) considera que o autista é sujeito de hipotrofia, senão atrofia, do papel “Filho da Mãe” na estruturação da consciência, impedindo a filiação plena à maternagem humana e a falta de representação para as experiências emocionais de ligação com o outro. Indivíduos autistas são privados da individuação. Para a psicologia junguiana, o autista apresenta alteração no processo de integração do *Self*, cuja origem é possivelmente intra-uterina e as vivências matriarcais não se constelam. Como pressuposto das teorias afetivas, de modo geral, Araújo, afirma que a falta de habilidade cognitiva social necessária à teoria da mente, em autistas, é possivelmente resultante de um déficit na capacitação básica para interação (Scheuer & Andrade, 2007).

Em diversos textos psicanalíticos, há referências a uma concepção psicogenética para o autismo. Foster (1989), ao mesmo tempo em que considera questões biológicas como sendo causas do autismo [“na raiz de alguns severos transtornos emocionais de tipo autista parece haver elementos de maturação desarmonica” (Foster, 1989, p. 151)] faz considerações que sugerem uma abordagem psicogênica, como dizer que o autismo pode surgir “(...) quando a relação mãe-filho não pode se desenvolver adequadamente, por perturbações emocionais de quem cumpre a função materna, produzindo-se a chamada fratura da função materna” (Foster, 1989, p. 150). Para esse autor, a detecção precoce pode favorecer o tratamento antecipado do autismo e “isto é muito importante, pois este produz deterioração neuropsíquica e o transcurso de tempo permite que o

autismo se encapsule, tornando mais difícil o tratamento” (Foster, 1989, p. 152).

3.1.1.2 Teorias cognitivistas

Assumpção e Kuczynski (2007) afirmam que, apesar das diferentes compreensões sobre a etiologia do autismo, a maioria dos autores tem abordado o tema dentro de uma abordagem desenvolvimentista, numa ótica cognitiva, por mais diversas que sejam suas concepções. Mesmo aqueles que abordam a síndrome de forma afetiva, não negam o caráter cognitivo da síndrome (Araújo, 2007; Saboia, 2007). Já para Lampreia (2004), a categoria de teorias cognitivistas é distinta das teorias desenvolvimentistas.

Alguns autores consideram que a força com que teorias cognitivas vêm assumindo na comunidade científica é um progresso, especialmente por desvincular a patologia do aspecto negativo de culpa da mãe em relação ao filho (Gauderer, 1985; Schwartzman, 2003). Como já fora apontado nas considerações históricas, a partir do final da década de 1970 é que publicações começaram a surgir relacionando o autismo com deficiências de ordem cognitivas e não somente emocionais.

Para Ritvo (1985) o autismo é uma deficiência geral que persiste por toda a vida, com alta probabilidade de explicações de ordem genética. Extermina qualquer relação entre autismo e causas emocionais, psicogenéticas: “nada foi documentado em termos de traumas psicológicos, abusos físicos e paternidade ou maternidade adequadas” (Ritvo, 1985). Essa concepção demonstra, portanto, que teorias biológicas, ou seja, que consideram indícios biológicos e genéticos como bases do distúrbio, confluem com os pressupostos das teorias cognitivas. Ritvo (1985) estabeleceu registro de estudos genéticos do autismo, catalogando quase 300 famílias (entre 1980 e 1982) com membros autistas em duplicidade ou até triplicidade (entre irmãos gêmeos e outros parentescos de 1º e 2º grau).

A relação intrínseca entre autismo e deficiência intelectual foi ressaltada há duas décadas por Wing (1988), ao propor que o autismo se configura como um *continuun* em função do grau de comprometimento cognitivo. Esse *continuun* pode ser visualizado no Tabela 1, referente à sintomatologia observada.

Tabela 1: O Continuum Autístico
Fonte: Assumpção Jr. (2008) baseado em Wing (1988)

ITEM	Mais frequente em pessoas com deficiência intelectual mais comprometidas			Mais frequente em pessoas com deficiência intelectual menos comprometidas
Interação social	1. Indiferente	2. Aproximação somente para necessidades físicas	3. Aceita passivamente a aproximação	4. Aproximação de modo bizarro
Comunicação social (verbal e não-verbal)	1. Ausente	2. Somente necessidades	3. Responde à aproximação	4. Comunicação espontânea, repetitiva
Imaginação social	1. Sem imaginação	2. Copia mecanicamente o outro	3. Usa bonecas e brinquedos corretamente, mas de modo repetitivo, limitado, não-criativo	4. Atos fora da situação mais repetitivos, usando o outro mecanicamente
Padrões repetitivos	1. Simples (auto-agressão ao corpo)	2. Simples (dirigido ao objeto) girar do objeto	3. Rotinas complexas, manipulação de objetos e movimentos (rituais e ligações com objetos)	4. Verbal abstrato (questões repetitivas)
Linguagem	1. Ausente	2. Limitada (ecolalia)	3. Uso incorreto de pronomes, preposições, uso idiossincrático de frases	4. Interpretações literais frases gramaticais repetitivas
Respostas a estímulos sensoriais (sensibilidade a sons, cheiro, gosto, indiferença à dor)	1. Muito marcada	2. Marcada	3. Ocasional	4. Mínima ou ausente
Movimentos (balanceios e estereotípias)	1. Muito marcada	2. Presentes	3. Ocasionais	4. Mínimas ou ausentes
Condutas especiais	1. Ausentes	2. Um padrão melhor que os outros, mas abaixo da idade cronológica	3. Um padrão na sua idade cronológica, outras abaixo.	4. Um padrão de habilidade acima da idade cronológica, diferente das demais habilidades.

O autismo, para autores como Baron-Cohen (1998) e Assumpção (2008) tem como ponto de partida a falha na capacidade de metarrepresentação, culminando em déficit na capacidade simbólica e em falha na *Teoria da Mente*, representando debilidade para estabelecer representações dos estados mentais das outras pessoas, prever relações entre estados externos e internos e prever o comportamento dos outros a partir das suas crenças, desejos e intenções representadas no estado mental (Barth, Passerino, & Santarosa, 2004). Diante desse entendimento, Assumpção Jr. (2008) demonstra em um quadro a explicação cognitivista de funcionamento do autismo, conforme a figura 3.

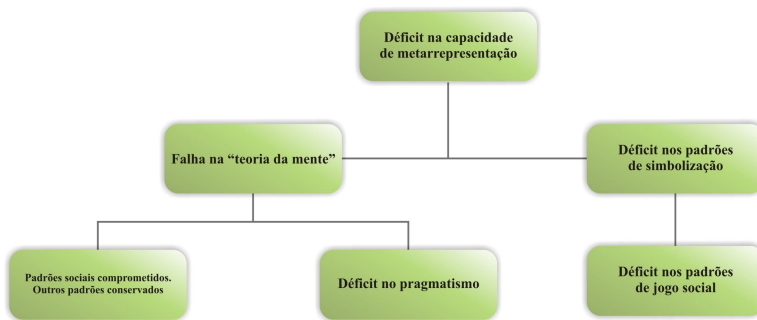


Figura 3: A teoria cognitiva, baseada em Baron-Cohen
Fonte: Assumpção, 2008

Os estudos atuais da neurociência têm contribuído para a compreensão do funcionamento autista. Numa experiência com macacos Rhesus, na década de 1990, Rizzolatti e colaboradores descobriram um tipo especial de neurônios na área pré-motora desses animais. Essas células foram denominadas de neurônios-espelhos pela especificidade no seu funcionamento sináptico (Lameira, Gawryszewski, & Pereira Jr., 2006).

Os neurônios-espelhos são ativados quando alguém observa uma ação de outra pessoa, de modo que esse *espelhamento* não depende obrigatoriamente da memória. São células capazes de identificar no próprio sistema corporal os mecanismos proprioceptivos e musculares correspondentes ao ato original e, portanto, fornecem a capacidade de imitar inconscientemente aquilo que se observa, ouve ou percebe. Lameira et al (2006) informam também que os neurônios-espelhos estão

diretamente envolvidos com a origem da linguagem humana, que possibilita a organização social humana e cuja disfunção poderia causar autismo. Ou seja, o comportamento autista é compatível com a falha do sistema de neurônios-espelhos.

Dentre outras contribuições de pesquisas que oferecem referenciais explicativos para o autismo, estão: *teorias neuropsicológicas e de processamento da informação*, que demonstraram, por exemplo, como crianças com autismo processam a informação sensorial diferencialmente, devido a déficits cognitivos específicos, como problemas na percepção de ordem e significado, não explicados pela deficiência intelectual; *teoria da disfunção executiva*, que compreende que os autistas apresentam comprometimento nas capacidades de planejamento para atingir uma meta e em atividades que requeiram flexibilidade cognitiva (mudança de foco de atenção de um padrão de estímulo para outro); *teoria da coerência central*, que explica o autismo a partir da forte tendência a prestar atenção em detalhes, sem estabelecer uma relação entre o todo e suas partes, tendência a observar uma gravura “em partes”, ao invés de uma figura inteira, e a preferir uma seqüência randômica, ao invés de uma provida de significado (contexto)¹³ (Bosa & Callias, 2000; Frith apud Leon, 2002).

3.1.2 Desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autista

Em se tratando de uma pesquisa sobre diretrizes de intervenção clínico-educacional no desenvolvimento de crianças com autismo, é imprescindível que se façam considerações teóricas sobre os processos de desenvolvimento psicológico de crianças com espectro autista já investigados pela ciência. O desafio de realizar esse intento exige administrar posicionamentos epistemológicos, etiológicos e conceituais que estão no bojo das contribuições históricas dos pesquisadores do tema. Em função disso, parte-se do princípio de que há um consenso contemporâneo acerca do fenômeno autismo: ainda que não haja certeza das causas determinantes, o autismo é uma condição potencialmente

¹³ Uma das formas objetivas de constatar tal fenômeno é registrar o percurso do olhar de uma criança com autismo por meio de um exame chamado *eye-gaze*, em que, por meio de raios infravermelhos que se projetam nas córneas e determinam a angulação em relação à tela, são detectadas as direções para onde os olhos se dirigem. Numa imagem com rostos humanos, “pessoas comuns olham primeiro para os olhos, depois para a boca e o nariz”. Já pessoas com autismo “olham para pontos inesperados como a orelha, um detalhe no fundo, um fio de cabelo branco” (Nogueira, 2007, p. 79).

congenita, excluindo-se as possibilidades de um “tornar-se autista” unicamente determinado pela história das relações sociais do sujeito.

Nesse sentido, o curso de desenvolvimento psicológico de crianças com espectro autista já descrito pela literatura tem sido reconhecido numa perspectiva de expectativas de desenvolvimento típico, seja enfatizando aspectos cognitivos, afetivos ou de formação de personalidade. O transtorno autista caracteriza-se por falhas no desenvolvimento de funções típicas da espécie humana, como a comunicação simbólica, capacidade de aprender com a experiência alheia, compartilhar experiências e de atribuir estados mentais a si mesmo e a outros (Alessandri, Mundy, & Tuchman, 2005; Colle, Baron-Cohen, & Hill, 2007; Jones & Carr, 2004).

O autismo é descrito como uma alteração grave do desenvolvimento infantil e seus sintomas são tipicamente percebidos entre 18 e 36 meses de idade, possivelmente como resultado de alteração neurológica que afeta o funcionamento do cérebro (Alessandri, Mundy, et al., 2005; Baron-Cohen, 2003; Klin, Chawarska, Rubin, & Volkmar, 2006). Como transtorno do desenvolvimento, pessoas com autismo estão sob a condição de funcionamento que contrariam os pressupostos e expectativas do desenvolvimento humano, desencontrando-se com o que está previsto pela ordem filogenética para o desenvolvimento ontogenético. Para a compreensão do transtorno, portanto, não basta mera comparação descritiva entre desenvolvimento típico e atípico, mas a contemplação de modelos dinâmicos de pensamento (Assumpção Jr, 2008). Nesse sentido, a relação entre pelo menos duas dimensões temporais (ontogênese, filogênese) pode oferecer um importante instrumental teórico para a detecção precoce do transtorno.

A mente e seus mecanismos de processamento de informações são produto da história filogenética do homem moderno (Assumpção Jr, 2008; Vieira & Prado, 2004). Ao longo dessa história, o ser humano, funcionalmente, apresentou características superiores em termos adaptativos, uma vez que, pelo seu desenvolvimento fisiológico e cerebral, passou a construir e utilizar instrumentos que aumentaram sua força e desempenho como predador. Não só se adaptou ao ambiente como conquistou o poder de alterá-lo e isso foi essencial para a sua sobrevivência.

Por desenvolver estruturas cerebrais específicas, o *Homo sapiens sapiens* estruturou uma linguagem complexa (através de estruturas cerebrais específicas), organizou-se socialmente de forma cada vez mais complexas e capazes de permitir a existência de um número cada vez maior de indivíduos e, construindo conceitos complexos e abstratos,

criou de modo contínuo outros novos mecanismos adaptativos (Assumpção Jr, 2008). Ao contrário do que se pode pensar – que as estratégias inatas se configuram instintos e determinam, biologicamente o comportamento humano, elas têm a função de organizar estruturalmente a atividade dos filhotes da espécie humana, garantindo com maior segurança a adaptabilidade desses na situação de vida com que se depararão.

Mesmo com tantos recursos inteligentes diferenciais dos outros animais, o bebê humano nasce em condição de exceção na evolução dos mamíferos em geral – em comparação com outras espécies, é marcado por retardo na maturação pré e pós-natal (Seidl de Moura & Ribas, 2004). Tal imaturidade no estágio inicial do desenvolvimento faz com que os bebês sejam muito dependentes dos adultos para sobreviver e aprender as complexas regras de sociabilidade de herança cultural. Por isso, o ser humano, ao longo de sua história, desenvolveu e se apropriou biologicamente de mecanismos e estratégias adaptativos subordinados a essa condição social. Assim, como enfatizam Seidl de Moura e Ribas (2004), o fato de serem pouco equipados exige que consigam garantir o cuidado dos adultos de sua cultura para sobreviver. Para o processo de adaptabilidade às condições após o nascimento, o bebê depende das relações que estabelece com seus pares mais maduros, de modo que possa ter recursos para relacionar-se com o mundo (Vieira & Prado, 2004).

Bebês humanos nascem, então, dotados de um repertório de predisposições biológicas, preparados com várias habilidades sensorio-perceptivas e motivacionais para interagir em um ambiente com condições também selecionadas ao longo de milhares de anos (Vieira & Prado, 2004). Logo que nascem, bebês estão propensos a procurar estímulos sociais, de modo que os adultos respondam da mesma forma, oferecendo e reforçando mais os contatos sociais, para que estejam garantidos os cuidados, a proteção de perigos e oferecendo-lhes a possibilidade de ter experiências de bem-estar e calor emocional (Seidl de Moura & Ribas, 2004). Nesse sentido, é possível afirmar que bebês que não apresentam tal predisposição ao contato social tornam-se vulneráveis a prejuízos severos no processo de adaptação, como se verá adiante, no caso do autismo.

Do ponto de vista evolucionista, talvez fosse o caso de se questionar por que, no decorrer de milhares de anos, mecanismos seletivos não teriam eliminado a maior parte das doenças, especialmente as doenças mentais, que, por si só são, em geral, extremamente não adaptativas? (Assumpção Jr, 2008) Porém, as desordens não devem ser

compreendidas como adaptações da espécie projetadas para causar tais efeitos, pois, na visão evolucionista, quando algo não é funcional, os mecanismos de seleção geralmente agem para eliminá-lo e investem na propagação de uma uniformidade gênica (Tooby & Cosmides, 2005).

Ou seja, não há explicações últimas, do ponto de vista filogenético, para o porquê dos comportamentos e manifestações das pessoas com transtorno autista, mas o padrão destas se explica por causas próximas, na medida em que seus comportamentos explicam-se em função do próprio sujeito e não pela sua relação com a espécie a que pertence. Contudo, mesmo que a filogênese não explique os comportamentos de pessoas com transtorno autista, a herança filogenética atualmente atuante nos indivíduos humanos permite a observação cada vez mais apurada do desenvolvimento infantil, possibilitando também a detecção precoce de casos em que as crianças são acometidas por atraso ou transtorno do desenvolvimento, como se demonstrará na sequência.

O nascimento representa um momento que requer a adaptação de um ser que, no período gestacional, tinha tudo o que precisava à sua disposição. A garantia dos cuidados parentais, após o nascimento, se dá através de comportamentos que tornem esse bebê atraente e exigente da atenção dos pais. Um exemplo disso são as manifestações vocais. Os bebês apresentam o comportamento de choro logo que nascem, sugerindo, numa explicação evolucionista, que a sua função é sinalizar o vigor desse bebê aos adultos, ou manipular psicologicamente os pais para que forneçam-lhe cuidado parental. Bebês autistas, no relato retrospectivo dos pais, tendem a apresentar pouca vocalização, especialmente de consoantes, bem como apresentar temperamento passivo e atitude “inexigente” de atenção parental (Reznick, Baranek, Reavis, Watson, & Crais, 2006).

Assim como o choro, há uma série de possibilidades humanas que se atualizam ao longo do desenvolvimento ontogenético, quando interagem com a cultura humana, e propiciam ao bebê a sua sobrevivência. Ao bebê autista, faltam os principais recursos de desenvolvimento que lhe garantam a adaptabilidade, o que torna o transtorno autista um dos mais graves transtornos do desenvolvimento. Vejamos outras evidências que prejudicam severamente o desenvolvimento de pessoas acometidas pelo autismo:

a) Funções Senso-Perceptivas

A respeito de capacidade de selecionar estímulos auditivos, bebês recém-nascidos apresentam predisposição a centrar sua atenção em

estímulos mais relevantes para sua melhor adaptação ao ambiente em que vivem, especialmente os do contexto social (Vieira & Prado, 2004). A regulação dos inúmeros estímulos sensoriais, aos quais bebês são expostos, pressupõe atuação de um sistema psicológico que envolve capacidade perceptiva. Há uma capacidade perceptiva elementar que é inata, independente da aprendizagem (Ribeiro, Bussab, & Otta, 2004). Autistas têm padrões desviantes de respostas para os estímulos sensoriais, apresentando uma hiper ou hipo-responsividade, correspondendo a um comprometimento das funções sensório-regulatórias (Kern et al., 2007).

Haase, Freitas, Natale, Teodoro e Pinheiro (2005) explicam que as pessoas com autismo não ‘sentem’ de forma diferente, mas interpretam diferentemente as sensações que recebem, devido a construção de referenciais subjetivos distintos, peculiares. Pessoas com transtorno autista apresentam respostas diferenciadas para estímulos de dor, com indicações de que pode haver uma diminuição da reatividade ou mesmo analgesia (Tarelho, 2005). A dor, experiência genuinamente subjetiva e pessoal, definida ou associada a lesões teciduais, é considerada o quinto sinal vital e a habilidade de perceber e interpretar sensações de dor implica em prejuízos graves para a pessoa que a sente, pois ela não é capaz de promover o cuidado que a dor sinaliza e nem emitir comportamentos para requisitar atenção necessária ao dano corporal (Leon, 2002).

Esse modo de funcionamento está relacionada à Teoria da Coerência Central, formulada por Frith (apud Leon, 2002), quando apontou a respeito forte tendência das pessoas com transtorno do espectro autista a prestar atenção em detalhes, sem estabelecer relação entre o todo e suas partes, tendência também de observar as partes de uma gravura, ao invés de explorá-la por completo, e a preferir uma sequência randômica ao invés de uma provida de significado (contexto). Autistas alternam frequentemente seus estados atencionais entre hiper e hipoatensão, comportando-se de forma “demasiadamente focados” (Scheuer, et al., 2005), respondendo apenas para um tipo de estímulo proveniente do ambiente e excluindo os demais. Tais alterações nos processos atencionais podem estar relacionadas às dificuldades para compreender o sentido dos estímulos ambientais, de modo a fazerem “escolhas muito pobres sobre ao que atentar quando não há pistas e indicações claras” (Scheuer, et al., 2005).

Dentre os estímulos que são importantes de selecionar para a adaptação do bebê ao ambiente estão as faces humanas, pelas quais há um interesse inato (M. Johnson et al., 2005; Oliva, 2004). Pela

tecnologia *Eye Gaze System*¹⁴ detecta-se que, numa imagem com rostos humanos, pessoas com desenvolvimento típico olham primeiro para os olhos, depois para a boca e o nariz, já pessoas com transtorno autista gastam pouco tempo olhando para a região ocular, tendendo a olhar pontos incomuns como a orelha, um detalhe no fundo, um fio de cabelo branco (Nogueira, 2007).

Segundo Moura, Sato e Mercadante (2005), a boca é uma região do rosto pobre em sugestões sociais, sendo insuficiente para sinalizações sociais, enquanto a região dos olhos é altamente informativa, de modo que muitas pistas sociais podem ser obtidas para inferir sobre pensamentos ou emoções do interlocutor. Admite-se, então, que pessoas com transtorno autista acessam uma quantidade reduzida de informações para instrumentalizar a ação interpessoal. Para esses autores, mesmo autistas de alto-funcionamento (sem deficiência intelectual) têm prejuízo no reconhecimento das expressões faciais.

Reznik *et al* (2006) especificam diversos comportamentos de autistas relacionados ao interesse pelo olhar humano, como evitação do contato visual, falha na capacidade de monitoramento do olhar de um adulto bem como orientação pelo olhar de um adulto, dificuldade para encarar ou enfrentar olho-a-olho. Comportamentos dessa ordem repercutem em outros domínios, como a atividade imitativa, por exemplo, presente precocemente em crianças de desenvolvimento típico (Cole & Cole, 2004). O perfil neuropsicológico de pessoas autistas é marcado pelo prejuízo na habilidade de imitar os movimentos de outra pessoa (Lampreia, 2007), repercutindo, por sua vez, na impossibilidade de desenvolver coerentemente o uso do olhar e a responsividade da criança autista, bem como ao desenvolvimento de empatia (Decety & Jackson, 2004), comunicação intencional, atenção compartilhada (Jones & Carr, 2004) e jogo simbólico (Williams, Reddy, & Costall, 2001).

b) Sociabilidade e Comunicação

O engajamento social e a habilidade comunicativa estão entre os prejuízos centrais em pessoas com autismo (Tuchman, 2000). Nesse sentido, há pesquisas que consideram que um dos principais prejuízos no desenvolvimento de autistas é na capacidade de compartilhar a atenção (*joint attention*) (Brenner, Turner, & Müller, 2007; Golse, 2003; Whalen, Schreibman, & Ingersoll, 2006). Como sendo uma das

¹⁴ Exame objetivo que registra o percurso do olhar humano, por meio de raios infravermelhos que se projetam nas córneas e determinam a angulação em relação à tela, detectando as direções para onde os olhos se dirigem.

habilidades mais importantes da fase de bebê, a atenção compartilhada estabelece uma relação intrínseca com a comunicação social, com a imitação e inversão de papéis e da linguagem (Lampreia, 2007; Murray, Craghead, Shear, Bean, & Prendeville, 2008).

Em crianças de desenvolvimento típico, a capacidade de compartilhar a atenção se apresenta entre seis e nove meses, quando se inicia a fase da comunicação triádica (Montenegro, 2005). Na intersubjetividade secundária, ou seja, quando introduzido um objeto ou evento na relação dual (mãe-bebê), as duas pessoas que se relacionam tem seus focos de atenção voltados para o mesmo interesse. Assim, itens como “não aponta o que deseja” ou “usa as pessoas como ferramenta” são comuns em escalas para diagnóstico de autismo, pois a apresentação dessas características revela que não há atenção compartilhada, já que saber apontar ou se comunicar com gestos são habilidades provenientes da intersubjetividade secundária (Lampreia, 2007). O desenvolvimento da atenção compartilhada tem sido relacionado ao desenvolvimento da linguagem em pesquisas e experimentos (Whalen, et al., 2006). Além disso, a falha nessa habilidade tem sido considerada como critério diagnóstico em diversos *check-lists* (Leon, 2002) e o seu desenvolvimento tem sido propósito de processos terapêuticos dirigidos a essa clientela (Allen, 2004; Williams, 2006).

A respeito da comunicação social e da inabilidade social do autista, outra razão que configura o autismo como grave transtorno do desenvolvimento é o prejuízo severo na capacidade de compreender estados mentais de outras pessoas (Baron-Cohen, 1998; Colle, et al., 2007; Rivièri, 1997). A capacidade do indivíduo de inferir a respeito dos estados mentais dos outros é conhecida como “teoria da mente”. Para que o indivíduo possa fazer uso da teoria da mente, é preciso que esteja equipado com uma habilidade que permita desenvolver uma medida (isto é, um sistema de referências que viabilize comparações entre nosso mundo interno, subjetivo e o mundo externo, dos outros) daquilo que os outros pensam, sentem, desejam, acreditam, duvidam (Caixeta & Nitrini, 2002).

Essa habilidade é inata (Gallagher & Frith, 2003) e o comprometimento, provavelmente congênito, são altamente prejudiciais para o processo de adaptação de pessoas com autismo. O homem, como ser eminentemente gregário, depende da percepção dos estados mentais dos que com ele convivem para que possa estabelecer relações entre diferentes elementos do mesmo grupo de convivência, de maneira que facilitem os processos de adaptação e, conseqüentemente, de sobrevivência (Assumpção Jr, 2008). A falha dessa habilidade dificulta

ou mesmo impede que se explique ou preveja o comportamento de outras pessoas, dificultando, também, a interação social no seu grupo de convivência. A teoria da mente, portanto, está altamente relacionada aos processos de desenvolvimento da capacidade empática, outro aspecto de desenvolvimento tomado como inato no ser humano (Decety & Jackson, 2004).

Tooby e Cosmides (2005) referem que, da mesma forma que adultos, crianças de quatro anos têm a capacidade de perceber a direção de olhos de outras pessoas e usam disso para inferir sobre o estado mental daquele que é fitado. Numa situação real, por exemplo, quando uma pessoa está diante de várias balas, crianças a partir de quatro anos são capazes de inferir qual a bala desejada pela pessoa a partir da direção do seu olhar. Crianças com autismo, contudo, não apresentam essa habilidade (Brenner, et al., 2007). Essas crianças têm capacidade de computar direção visual corretamente, mas não de usar essa informação para deduzir o que alguém quer. Esse mecanismo cognitivo, que parece óbvio para pessoas com desenvolvimento típico, não deixa de ser “senso comum”. Porém, o senso comum é algo causado, produzido por mecanismos cognitivos (Tooby & Cosmides, 2005). Para que se possa fazer inferência do estado mental de outra pessoa, é necessário um instinto de raciocínio que determine o funcionamento de um circuito de inferência.

Além disso, é importante reconhecer os sinais de linguagem não verbais, a exemplo das expressões faciais (Hadjikhani et al., 2009). Autistas apresentam comprometimento na capacidade de meta-representação, de modo que tem dificuldade para compreender os próprios estados mentais, bem como o de outros, pois esse reconhecimento permite sucesso em interações sociais mais complexas, que envolvem a concepção de crenças e desejos de outrem. É necessário que, em um diálogo, por exemplo, a pessoa que fala se coloque a partir do lugar daquele que ouve. Essa habilidade empática não é encontrada em autistas, de modo que não obtém sucesso em um discurso comunicativo.

A expressão facial permite a percepção de informações vitais que caracterizam estados e atributos mentais. Apesar da habilidade para classificar objetos genéricos, esse requisito não encaminha necessariamente à presença da habilidade de identificar algo particular, como a expressão facial (Assumpção Jr, Sprovieri, Kuczinski, & Farinha, 1999). Da mesma forma que autistas conseguem captar a direção do olhar em figuras, mas não inferir sobre o desejo do

personagem a partir dessa informação, também é capaz de identificar os sinais de uma expressão facial, mas não atribuir sentidos àquilo que vê.

c) Imaginação e processos perceptocognitivos

A capacidade imitativa dos autistas tem sido amplamente discutida a partir de uma recente descoberta da neurociência: os “neurônios-espelhos”. Segundo Lameira *et al* (Lameira, et al., 2006), a disfunção dos neurônios-espelho pode estar envolvida com a gênese do autismo, pois a essas pessoas falta a capacidade de se expressar, compreender e imitar sentimentos como medo, alegria ou tristeza. A repercussão da falha do sistema de neurônios-espelho compromete o desenvolvimento de pessoas autistas na medida em que não tem aparatos que lhes garantam a sobrevivência através da organização social, quando da possibilidade de entender a ação de outras pessoas, bem como aprender novas habilidades a partir da atividade imitativa – que é base da cultura humana. A falha na capacidade imitativa é um critério importante nos processos de diagnósticos e domínios de investigação e acompanhamento em instrumentos de avaliação dirigidos a esse público (Schopler, Reichler, Rashlord, & M., 1990).

Pessoas com autismo também apresentam limitação nas atividades cerebrais executivas, em que estão envolvidos processos imaginativos, como brincar e representar simbolicamente (Berckelaer-Onnes, 2003; Hess, 2006; Paterson & Arco, 2007), e em situações que requerem a improvisação, como aquelas em que não se pode prever o que acontecerá ou cujas regras não são explícitas. Parece ser muito difícil para pessoas com autismo aprender intuitivamente, usando de processos dedutivos (Williams & Wright, 2008).

As funções psicológicas relacionadas são essenciais para o desenvolvimento do ser humano, visto que a organização das atividades humanas é marcada por regras subjetivas, muitas delas aprendidas de forma espontânea, a partir da capacidade de atribuir e se apropriar do sentido social e cultural das próprias vivências e das vivências dos outros. O que pessoas com desenvolvimento típico aprendem espontaneamente precisa ser ensinado a crianças com autismo através de instrução, como em processos de aprendizagem científica, escolar (Berckelaer-Onnes, 2003; Casby, 2003; Paterson & Arco, 2007).

Os modos próprios de funcionar cognitivamente e déficit cognitivo presentes na maioria das crianças com transtorno do espectro autista atuam como dificultadores na adaptabilidade do indivíduo humano, uma vez que a inteligência permite que se encontrem soluções para um problema ou a lógica de um argumento, de maneira rápida e

versátil. Segundo Tobby e Cosmides (2005), o ser humano dispõe inatamente de programas de raciocínio, tomada de decisões e aprendizado complexamente especializados para resolver um problema de adaptação, independente de qualquer esforço consciente ou instrução formal. São programas distintos das mais gerais habilidades de processar informação ou comportar-se inteligentemente, que tem todos os critérios e princípios dos outros mecanismos instintivos. Tais mecanismos, porém, não funcionam de modo integrado no desenvolvimento de pessoas com autismo (Yerys, Hepburn, Pennington, & Rogers, 2007).

Por fim, a prevalência do autismo em meninos (em torno de 4 meninos para 1 menina) (Bosa & Callias, 2000), têm feito pensar no transtorno autista enquanto uma síndrome caracteristicamente masculina (Baron-Cohen, 2003; Wong & Hui, 2008). A compreensão do cérebro em termos de dois processos psicológicos extremados, de empatia e de sistematização, tem sido vinculada à idéia de cérebros feminino e masculino, respectivamente. Estudos comparativos de desenvolvimento de meninas e meninos demonstram que as primeiras têm preferência ligeiramente maior para olhar faces do que para olhar móveis mecânicos de tamanho equivalente, já os meninos apresentaram preferências opostas (Baron-Cohen, 2004).

Essa hipótese teórica, primeiramente cogitada por Hans Asperger, foi testada e constatou-se que, por volta de um ano, a diferença nos comportamentos entre meninos e meninas se acentua, especialmente por causa do aumento de testosterona (Baron-Cohen, 2003, 2004). Tal diferença entre o processamento cerebral de homens e mulheres também reforça a hipótese de um cérebro autista como extremo do masculino pela incidência muito maior em meninos que meninas. No transtorno de Asperger, que apresenta semelhante sofrimento no comportamento empático e excelente capacidade sistematizadora (Baron-Cohen, 2004; Baron-Cohen, Wheelwright, Stott, Bolton, & Goodyer, 1997), como se verifica em seu desempenho na física cotidiana (Ribeiro, et al., 2004), essa proporção é ainda maior: dez meninos para uma menina (Baron-Cohen, 2003).

3.2 AVALIAÇÃO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A síndrome autística, atualmente, só é possível de se detectar fenomenologicamente, isto é, por meio de suas manifestações clínicas,

embora seja constante a busca por explicações nas indiscutíveis correlações com traços biológicos, especialmente os de ordem neurológica e genética. Mesmo com achados neurobiológicos e genéticos correlacionados ao autismo, não representam evidências suficientes para possibilitar o diagnóstico a partir de exames clínicos, como cariótipos ou de neuroimagem (Bryson, Rogers, & Fombonne, 2003; Gadia, Tuchman, & Rotta, 2004; Johnson & Myers, 2007; Stone & Turner, 2005).

O diagnóstico do autismo a partir de parâmetros biológicos, como de outras síndromes associadas à deficiência intelectual (Síndrome de Down ou Síndrome do X-Frágil, por exemplo), somente seria possível caso se pudesse traçar um paralelismo linear entre suas manifestações comportamentais e evidências biologicamente estruturadas. Ainda assim, talvez não fosse provável conhecer todas as condições do sujeito com o transtorno.

O autismo é uma síndrome que se configura por um conjunto de sintomas psicológicos, o que implica afirmar que a caracterização da síndrome está condicionada à descrição subjetiva dos sintomas, conduzindo à dificuldade de acesso através de meios diretos. Assim como ocorre com outros fenômenos de natureza psicológica, os processos avaliativos de crianças com autismo se portam de maneira específica: há a busca de formas representacionais para conhecê-los e medi-los.

Para avaliar pessoas com autismo, seja na identificação do transtorno ou na avaliação para caracterização de aspectos de desenvolvimento ou comportamento, têm-se privilegiado basicamente três meios de acesso ao fenômeno, implicando em metodologias diferentes de abordagem, que podem ser: a) pela observação; b) por meio de inquérito; c) por intermédio de experimentação em situações-problema (mensuração). Chamemos cada uma dessas metodologias de facetas de acesso para avaliação do fenômeno em questão (autismo).

A faceta de observação implica em uma atitude de busca de informações que surgem espontaneamente e/ou em situações naturais do sujeito avaliado. Embora tais informações sejam captadas pelos órgãos do sentido, não pode ser considerada direta, pois o observador atua instrumentalizado por conhecimentos teóricos específicos sobre “o que procura”. O avaliador, quando opta pelo método observacional, pode, por exemplo, estar munido de roteiro de observação ou formulários de registro, tipo *check-list*, em que são relacionados comportamentos ou habilidades a serem averiguadas quanto a presença ou ausência.

A faceta do inquerito refere-se às formas de coletar dados sobre os fenômenos utilizando-se da linguagem como forma de representação do evento concreto. É comum que profissionais utilizem-se dessa abordagem para avaliar crianças quando os comportamentos ou aspectos de desenvolvimento não são possíveis de acessar de forma direta, como é o caso da observação. Um exemplo é em contextos de diagnóstico diferencial, quando é necessário recorrer a eventos da história da criança, através dos familiares, para conhecer suas manifestações e habilidades em idades pregressas ou em situações não passíveis de serem observadas em ambientes artificiais¹⁵. Ainda, quando se necessita conhecer a frequência ou duração com que uma manifestação aparece, a fim de que se possa medir o grau de comprometimento ou oferecer programas para modificação de comportamento. Nesse caso, também se pode valer de *check-lists* para estruturar o procedimento de entrevista.

Quanto à terceira faceta, denominada “experimentação em situações-problema”, o profissional provoca estímulos que oportunizam o surgimento de um comportamento, seja da ordem da relação social (por exemplo, como a criança lida com situações de faz-de-conta ou com o fato de outra pessoa imitá-la), das funções executivas (oferecer-lhe tarefas para verificar seu nível cognitivo e caracterizar seu modo de resolução de um problema) ou mesmo do comportamento motor (quando é levada a realizar atividades motoras). Profissionais que trabalham com análise aplicada do comportamento¹⁶ promovem esse tipo de abordagem com certa frequência, para testar a função das variáveis ambientais no comportamento de uma pessoa, bem como para verificar o efeito da retirada ou inclusão de novas variáveis. Da mesma forma, quando um comportamento tende a ocorrer em situações que não são possíveis de serem observadas diretamente pelo avaliador, em situações naturais, as situações de experimentação podem oportunizar o surgimento do comportamento-alvo.

Quando o profissional realiza avaliações sistematicamente da criança em quem intervém, passa a ter acesso à história evolutiva da criança, podendo ter indicadores de efeitos de tratamento, por exemplo. No próximo item desse capítulo, faz-se ainda outras considerações sobre métodos de acesso ao autismo. O autismo pode ser acessado por esses três métodos tanto no campo da intervenção profissional quanto no

¹⁵ Contrapondo às situações naturais, ou seja, que ocorrem espontaneamente.

¹⁶ Método de intervenção de base comportamentalista que visa ao aprendizado de novas habilidades ou para extinguir comportamentos considerados inadequados ou indesejáveis. É conhecida mundialmente como ABA – *Applied Behavior Analysis*. (Braga-Kenyon, Kenyon, & Miguel, 2005)

campo da produção de conhecimento, havendo, pois, uma concorrência metodológica nesse sentido.

3.2.1 Detecção precoce do autismo por meio de instrumentos padronizados

Pesquisas com bebês têm permitido identificar suas capacidades desde muito cedo em razão da aplicação de procedimentos investigativos mais eficazes, fazendo com que suposições equivocadas e subestimações a respeito de recém-nascidos sejam superadas (Oliva, 2004). Ao mesmo tempo, evidências têm possibilitado maior atenção aos casos que fogem das regras do desenvolvimento, como crianças com autismo.

A busca de evidências empíricas sobre bebês autistas é uma necessidade, mas bastante difícil do ponto de vista metodológico, pois implica, antes, em uma identificação precoce do autismo. Estudos longitudinais, com base na observação sistemática, são extremamente raros, pois a chance de se observar um bebê, em projetos longitudinais, que mais tarde será diagnosticado como “autista”, é baixa (Bosa, 2002; Bryson, Rogers, & Fombonne, 2003).

Em meados da década de 1980, o conhecimento sobre desenvolvimento inicial de crianças com autismo limitava-se a relatórios de pais e filmagens caseiras antes do diagnóstico. Esse método acabava gerando controversas em pesquisas que informam sobre o desenvolvimento inicial de bebês mais tarde diagnosticados como autistas. Os resultados de estudos que utilizavam informações retrospectivas faziam questionar se a consideração sobre a ausência de comprometimentos sociais no primeiro semestre da vida do bebê era fato ou, ao contrário, havia, mas não eram percebidos pelos pais que relatavam. As razões podem estar nas sutilezas com que se expressam tais dificuldades e mesmo “negação” dessas dificuldades pelos pais, ou ainda a inexperiência desses pais no convívio com bebês (Bosa, 2002).

Atualmente, alguns instrumentos propõem a identificação de crianças muito pequenas que possam estar em risco de diagnóstico de autismo através do relato dos pais e roteiro de observação. Através de uma abordagem relacionada ao desenvolvimento humano, tendem a privilegiar os domínios da interação e comunicação social, bem como funções sensorio-regulatórias (Giangaspro & Pertejo, 2007; Klin, et al., 2006; Reznick, et al., 2006; Sampedro T., 2006). Além disso, a detecção de crianças em tão tenra idade com risco de autismo possibilita o quanto

antes a intervenção, pela compreensão dos desvios do desenvolvimento em relação ao desenvolvimento típico (Lampreia, 2007; Webster, Feiler, Webster, & Lovell, 2004; Wetherby & Woods, 2006), permitindo que essas crianças aprendam habilidades que lhes faltam e, portanto, melhorem suas condições de interação social e qualidade de vida delas e das pessoas que com elas convivem.

Bebês com menos de seis meses de idade apresentam poucos comportamentos que podem ser indicativos de risco de autismo, mas, perto de completar um ano de idade, o núcleo de sintomas comportamentais autísticos já é aparente em muitas crianças. Nessa fase de desenvolvimento, os pequenos, mais tarde diagnosticados como autistas, já se distinguem de crianças de desenvolvimento típico pela falta de resposta ao próprio nome, diminuição de olhar para faces de outros e pouco ou nenhum comportamento de apontar para requisitar coisas e baixo interesse pelas coisas a sua volta. (Dawson, 2008)

Por volta de 18 meses, podem ser identificadas diversas evidências comportamentais que apontam para um desenvolvimento atípico, configurando quadros com risco de desenvolvimento autístico, ou condições de desenvolvimento autistizantes, demandando, assim, processos de intervenção especializada em tenra idade (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo, & Cortes-Hernández, 2008; Bryson, et al., 2003; Golse, 2003, 2005; Reznick, et al., 2006; Stone, McMahon, & Henderson, 2008). O diagnóstico é o primeiro passo para prevenir problemas mais agravantes que a síndrome pode trazer. Quanto antes começar a intervenção, melhor. (Gordon, 2009; Mulas, et al., 2010)

O autismo tem sido diagnosticado, em média, em torno do 54 meses de idade (Klin, et al., 2006). O reconhecimento da importância da intervenção precoce, visando interferir no curso do desenvolvimento de crianças que se apresentam vulneráveis a um quadro psicopatológico, tem mobilizado há tempos a comunidade científica para possibilitar a detecção de quadros como o autismo cada vez mais cedo. É nesse sentido que os instrumentos de diagnóstico/identificação do autismo vêm sendo construídos: tomando o desenvolvimento típico como balizador e, especialmente, elencando os comportamentos indicativos de (risco de) desenvolvimento de uma criança com espectro autista.

Nesse sentido, instrumentos como o *Checklist for Autistic Toddlers* (CHAT) têm sido amplamente recomendados para avaliar crianças entre 18 e 36 meses (Roca & Cuxart, 2002). Essa escala foi elaborada em 1992, é a mais estudada e difundida e constitui-se como a principal ferramenta para identificar comportamentos-chaves do autismo, como: forma atípica de seguir o olhar de outro, ausência de

gestos protodeclarativos (esses dois são específicos referentes a habilidade de compartilhar a atenção com alguém sobre um terceiro¹⁷) e jogo simbólico (Gianpastro & Pertejo, 2007; Sampredo T., 2006). É uma escala baseada na observação e no inquérito aos pais (Johnson & Myers, 2007). Uma nova versão do instrumento, o M-CHAT, foi elaborado em 2001, suprimindo os itens que requeriam a observação e reforçando com itens que se possibilitam a investigação na consulta pediátrica. Há tradução desse instrumento para o português (Losapio & Pondé, 2008).

O *Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds* (STAT) é também bastante recomendado para crianças a partir de dois anos de idade. Esse instrumento permite que o fenômeno do autismo seja acessado por meio das três metodologias: realizando inquérito aos pais, propondo situações-problema e observando o sujeito. Visa coletar dados do domínio dos comportamentos sócio-comunicativos, incluindo atividades de imitação, comunicação e brincar (Stone, et al., 2008).

Uma escala para avaliação de crianças ainda menores foi recentemente elaborada pela equipe de Steven Reznick (Reznick, et al., 2006): o *First Year Inventory* (FYI). Trata-se de um inventário baseado no relato dos pais para avaliar manifestações comportamentais de bebês de 12 meses de idade, buscando identificar crianças da população em geral que estão em risco de desenvolvimento atípico e cujos padrões parecem sugestivos de eventual autismo. Esse inventário busca superar algumas limitações encontradas no M-CHAT (como, por exemplo, o número reduzido de itens), sendo composto por itens agrupados em dois domínios (e correspondentes construtos): comunicação social (orientação social e comunicação receptiva, engajamento sócio-afetivo, imitação, comunicação expressiva) e funções sensório-regulatórias (processamento sensorial, regulação paterna, reatividade e comportamento repetitivo).

Outro instrumento bastante referido pela literatura, recomendado para o diagnóstico, é o *Childhood Autism Rating Scale* (CARS). Desde Parks (1983), que realizou um dos primeiros *reviews* sobre validação de instrumentos de avaliação de autismo, o CARS está entre as ferramentas mais citadas na literatura científica (Albores-Gallo, et al., 2008; Díez-Cuervo et al., 2005; Golse, 2005; Johnson & Myers, 2007; Jorge, 2003;

¹⁷ Atenção compartilhada (*joint attention*) vem sendo amplamente abordada pela literatura como um dos indicadores comportamentais de alto poder discriminante entre crianças com risco de autismo ou não, consistindo em um dos maiores prejuízos no desenvolvimento de crianças com autismo. (Bosa, 2002; Whalen, et al., 2006)

Sampedro T., 2006). Esse instrumento se constitui de 15 itens e serve para distinguir crianças com autismo de crianças sem autismo, caracterizando o avaliado no que se refere ao nível de acometimento dos sintomas, diferenciando autismo leve-moderado de autismo grave. Pereira (2007) realizou estudo de tradução e validação do instrumento para uso no Brasil.

Para a detecção precoce do autismo, Bryson et al. (2003) indicam também o *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) e o *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS-G). São instrumentos frequentemente utilizados em pesquisas e práticas profissionais. O primeiro teve a primeira versão apresentada em 1989 e a versão revisada em 1994. É composto por 93 itens, focando três domínios funcionais (baseando-se no DSM): (1) linguagem e comunicação, (2) interação social recíproca e (3) comportamentos e interesses restritos, repetitivos e estereotipados. Há estudo de tradução para o Brasil (Aguiar, 2005). O segundo, o ADOS-G, é considerado complementar ao ADI-R (Sampedro T., 2006) e resultado de modificações de seus predecessores ADOS e PL-ADOS (*Pré-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule*). É composto por materiais para que a criança interaja e, a partir disso, sejam eliciados comportamentos específicos do autismo. As performances infantis são decodificadas por classificações gerais sobre a qualidade das interações sociais e o resultado demonstra a sensibilidade do instrumento para diferenciar autistas de outros transtornos do desenvolvimento (Albores-Gallo, et al., 2008).

Filipek et al. (2000) destacam outros instrumentos, de acordo com a metodologia de acesso privilegiada (Tabela 2). Informações adicionais sobre os instrumentos encontram-se no APÊNDICE A.

Tabela 2: Instrumentos recomendados para avaliação do autismo, segundo metodologia de acesso ao fenômeno
Fonte: Filipek et al. (2000)

<i>Inquérito / Entrevista</i>	<i>Observação</i>
Gilliam Autism Rating Scale	CARS
Parent Interview for Autism	STAT
Pervasive Developmental Disorders Screening Test-Stage 3 (PDDSS)	ADOS-G
ADI-R	

Mais recentemente, um novo instrumento foi construído por uma equipe de pesquisadores brasileiros: Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) (Kupfer, Jerusalinski, Bernardino,

Wanderley, Rocha, Molina, et al., 2009). Com base no referencial teórica da psicanálise, 31 indicadores clínicos foram construídos, com o objetivo de prever problemas de desenvolvimento e risco psíquico para a constituição subjetiva em crianças menores de três anos (a maioria da população avaliada tinha menos de 18 meses). Não é considerado um instrumento específico para detecção de autismo, mas uma referência entre os instrumentos utilizados para avaliação em idade precoce .

3.2.2 Instrumentos para avaliação de fenômenos psicológicos de crianças com autismo

Uma vez diagnosticado o autismo, torna-se necessária a avaliação intrassujeito, por meio de processos que visam à caracterização de aspectos do sujeito, especialmente para planejamento da terapêutica (Golse, 2005; Klin, 2006; Sampedro T., 2006). As especificidades nas habilidades de interação social, de linguagem e presença de comportamentos atípicos em crianças autistas requerem, para algumas situações, instrumentos que levem em conta suas peculiaridades.

A linguagem é uma das áreas que requerem prioritária caracterização objetiva, pois, qualquer que seja o nível de linguagem, precisa conhecê-lo para planejar a forma como se vão acessar as demais habilidades, ou o exame de outros domínios psicológicos será seguramente prejudicado caso não se leve em conta os atrasos ou peculiaridades das habilidades linguísticas.

Pela revisão de literatura, identificaram-se sete instrumentos cuja finalidade é de caracterização de pessoas com transtorno autista, no que se refere às funções psicológicas intrínsecas ao transtorno, como maturidade e desenvolvimento, linguagem, habilidades sociais, cognição e comportamentos (funcionalidade), conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Instrumentos para avaliação intra-sujeitos

Instrumentos: sigla, nome e ano de elaboração e/ou modificações	Características do instrumento	Construtos
ABLLS <i>(The assessment of basic Language an Learning Skills), 1998</i>	Tem como objetivo realizar avaliação da criança para desenvolver um plano de trabalho e um sistema de verificação de habilidades evolutivas. Avalia diversas áreas, como motivação para aprender, capacidade para responder a estímulos, possibilidade de generalizar habilidades e utilização espontâneo das diferentes aprendizagens. Baseia-se em teorias de aprendizagem comportamental.	Linguagem e Habilidades de Linguagem
BFI <i>(Behavior Function Inventory), 2001</i>	Visa fornecer uma definição clara e precisa dos comportamentos característicos do autismo; avaliação funcional da sintomatologia do autismo.	Características dos comportamentos
BOS <i>(Behavior Observation Scale for Autism), 1978, 1984</i>	Avalia crianças em contexto evolutivo, baseando-se na observação de filmagens da criança brincando com brinquedos próprios para sua idade. Elaborado para utilização com crianças de desenvolvimento típico, de crianças autistas e crianças com deficiência mental. Avalia 24 condutas divididas em 4 grupos: isolamento, relação com objetos, relação com as pessoas e linguagem. (Jorge, 2003)	Isolamento; relação com objetos; relação com pessoas; linguagem.
BRIACC <i>(Behavior Rating Instrument for Autistic and Other Atypical Children), 1977</i>	Medida observacional derivada da prática clínica, que por meio da observação de postura psicodinâmica avalia diferentes áreas de desenvolvimento.	Desenvolvimento
IDE Scale <i>(Imitation Disorders Evaluation Scale), 1999</i>	Avalia especificamente os transtornos na imitação em jovens crianças autistas. A pontuação é feita numa escala de 0 a 4 pontos, por meio da visualização de uma gravação do exame junto à criança. Tem valor para uso clínico. (Jorge, 2003)	Comportamento imitativo
LEITER-R	Considerada por Sampredo T. (2006) a escala mais recomendada para avaliar perfil intelectual de pessoas com autismo, dos 2 aos 21 anos. Consiste numa prova não-verbal (tanto da parte do aplicador quanto do avaliado), que avalia habilidades de raciocínio e visualização, bem como atenção e memória.	Perfil intelectual
PEP, PEP-R, PEP-3 <i>(Perfil Psychoeducational Profile – Revised), 1990, 1994, 2004</i>	Visa avaliar níveis de desenvolvimento de crianças autistas para planejamento educacional. Apresenta escalas de áreas de desenvolvimentos (imitação, percepção, motricidade final, motricidade ampla, coordenação olho-mão, desempenho cognitivo, cognitivo-verbal) e de aspectos comportamentais (brincar e interesse por materiais, linguagem, respostas sensoriais, relacionamento e afeto) (Schopler, et al., 1990).	Desenvolvimento e comportamento

Na revisão da literatura especializada, identificaram-se instrumentos não específicos para autistas, mas que podem ser utilizados pelos profissionais para avaliar a linguagem, bem como outras áreas do desenvolvimento ou do funcionamento cognitivo, que podem ou não incluir a caracterização da linguagem. Outros instrumentos são referidos por alguns autores como recomendados para avaliar aspectos de pessoas com autismo, embora não sejam elaborados para atender especificamente a essa população. A tabela 4 apresenta alguns destes instrumentos.

Tabela 4: Instrumentos recomendados para avaliar fenômenos psicológicos em idade pré-escolar, não específicos para autistas

<i>Instrumentos</i>	<i>Caracterização dos instrumentos</i>	<i>Dimensão avaliada</i>
BSID <i>(Bayley-scales of infant development)</i>	Uma das escalas de desenvolvimento mais utilizadas e documentadas. Avalia crianças até os 3 anos de idade, em três domínios: mental, motor e condutual (Díez-Cuervo, et al., 2005; Sampredo T., 2006)	Desenvolvimento evolutivo: mental, motor e condutual
Haizea-Llevant	Avalia crianças desde o nascimento até os 5 anos, em três domínios: cognitivo, social e motor. (Sampredo T., 2006)	Desenvolvimento evolutivo: cognitivo, social e motor
VINELAND <i>(Vineland Adaptativ Behavior Scales), 1984</i>	Avalia crianças desde o nascimento até os 18 anos e proporciona a idade de desenvolvimento em áreas da vida diária, da comunicação, da comunicação, etc. (Díez-Cuervo, et al., 2005)	Comportamento adaptativo
RAVEN <i>(Teste de matrizes progressivas de Raven colorido)</i>	Útil para conhecer o nível intelectual, especialmente em indivíduos de baixo nível de funcionamento cognitivo. (Díez-Cuervo, et al., 2005)	Nível intelectual
CSBS <i>Communication and Symbol Behavior Scales), 1993</i>	Proporciona um perfil dos pontos fortes e fracos nas habilidades comunicativas. Aplicável a população não verbal. (Díez-Cuervo, et al., 2005)	Habilidades comunicativas e simbólicas
Costello Symbol Play Test	Estabelece nível de habilidade de jogo funcional infantil (entre 12 e 36 meses). De fácil administração, orienta para seleção de provas de inteligência. (Díez-Cuervo, et al., 2005)	Jogo simbólico
Prescholl Language Scale <i>(Zimmerman et al,1997)</i>	Escala para avaliação de níveis de linguagem em crianças pré-escolares. (Klein, 2010)	Linguagem
Clinical Evaluation of Language Fundamentals <i>(Semel et al, 2006)</i>	Avaliação clínica dos fundamentos da linguagem para crianças em idade pré-escolar. (Klein, 2010).	

<i>Continuação Tabela 4:</i>		
<i>Instrumentos recomendados para avaliar fenômenos psicológicos em idade pré-escolar, não específicos para autistas</i>		
<i>Instrumentos</i>	<i>Caracterização dos instrumentos</i>	<i>Dimensão avaliada</i>
<i>Children's Communication Checklist</i> (Bishop, 2003)	Lista de verificação da comunicação da criança. (Klein, 2010)	Comunicação
<i>Goldman-Fristoe-Woodcock Test of Auditory Discrimination</i> (Goldman et al, 1970)	Teste de discriminação auditiva para crianças em idade pré-escolar. (Klein, 2010)	Linguagem compreensiva: Discriminação auditiva
<i>Goldman- Fristoe-Test of Articulation</i> (Goldman e Fristoe, 2000)	Teste de articulação para crianças em idade pré-escolar. (Klein, 2010)	Linguagem expressiva: articulação
<i>Avaliação da maturidade simbólica</i>	Teste para avaliar maturidade simbólica em crianças com alterações no desenvolvimento de linguagem. (Menezes & Perissinoto, 2008)	Maturidade simbólica

Por fim, três instrumentos dirigidos a pessoas com autismo foram identificados com destino a acompanhar processos evolutivos de tratamento e/ou em estudos terapêuticos, conforme demonstra a tabela 5

Tabela 5: Instrumentos para evolução de tratamento de crianças autistas,
Fonte: Baseado em Jorge (2003)

<i>Instrumentos: sigla, nome e ano de elaboração e/ou modificações</i>	<i>Autismo como lócus:</i>
ATEC (Autism Treatment of Evaluation Checklist)	Propõem-se mais especificamente a avaliar efeitos de tratamento em crianças com autismo. Disponível na internet (www.autism.com/atec).
BSE / BSE-R (Behaviour Summarized Evaluation / Revised), 1990, 1997	Serve para realizar registros progressivos em estudos terapêuticos controlados de curta ou longa duração. A BSE-R teve acréscimo de 9 itens sobre os 20 itens da BSE. (Jorge, 2003)
RLRS (Real Life Rating Scale), 1986	Avalia, por meio da observação, efeitos de tratamento em contextos naturais. (Jorge, 2003)

Em suma, o profissional que atua com crianças com autismo tem a sua disposição instrumentos de avaliação que demonstram oferecer possibilidades para conhecer o sujeito com autismo a partir da sua

condição clínica. A avaliação pode requerer condutas especializadas para acessar fenômenos subjetivos ou pode ocorrer pela necessidade de conhecer fenômenos comuns a qualquer pessoa e cujos sintomas autísticos não configuram limitações ao profissional. Em qualquer uma das situações, é importante a experiência do clínico para manejar adequadamente o instrumento, abordar o sujeito e fazer as análises e sínteses responsáveis sobre os dados que surgirem (Golse, 2005).

A prioridade diagnóstica faz com que a comunidade científica empreenda esforços para tornar cada vez mais acessível aos profissionais o conhecimento sobre instrumentos que auxiliem na precisão diagnóstica, embora, nessa tarefa, seja capital o juízo do clínico experiente. Outro aspecto imprescindível são estudos de validação para uso no Brasil: dos mais de trinta instrumentos encontrados na literatura, não chega a um terço a quantidade dos que têm estudos de validação brasileira.

Atualmente, diversos instrumentos estão à disposição dos profissionais para identificar e avaliar pessoas com autismo. Tal diversidade de instrumentos, contudo, não reflete necessariamente um esgotamento ou suprimento da necessidade de quem atua com esse público, mas revela a complexidade e a multidimensionalidade do autismo.

3.3 INTERVENÇÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS

3.3.1 Autismo, tratamento e cura

Considerar o autismo aceitável, tratável ou curável são perspectivas refletidas na história científica do fenômeno do autismo, que ficou marcada pela busca incessante de explicações, relações causais e proposições de tratamento, bem como sucessivas adequações terminológicas e classificatórias¹⁸ que ficassem em acordo com os avanços das descobertas científicas.

¹⁸ Entre as diferentes denominações, foram propostas: autismo infantil precoce (Kanner, 1943 citado por Bosa e Callias, 2000), esquizofrenia infantil e pseudo-retardo ou pseudo-deficiência (Bender, 1947 e 1956 citado por Stefan, 1994), psicose simbiótica (Mahler, 1977), desenvolvimento atípico do ego (Ranck, 1949 citado por Stefan, 1994), psicose da criança (Rutter, 1985).

A proposição de diretrizes para tratamento clínico-educacional da pessoa com transtorno autista define um posicionamento que tem sido unânime entre os conhecedores da área: o autismo é tratável. Contudo, não é unânime a noção de “onde se pode chegar” com o tratamento oferecido. Como apresentado, a história da construção de conhecimento sobre a síndrome é marcada por paradigmas nas explicações etiológicas da síndrome, cuja trajetória tem marco inicial em 1943, com Leo Kanner, quando descreveu onze crianças com comportamentos peculiares e sustentou por um período a teoria das “mães geladeiras”, alegando que o autismo infantil é produto das primeiras relações afetivas que a criança estabelece com o mundo (Assumpção Jr. & Kuczynski, 2007; Gauderer, 1985; Schwartzman, 2003; Tuchman & Rapin, 2009). Daí, houve investimento até mesmo na busca de correlações entre os tipos psicológicos dos pais e das crianças¹⁹ (Alerini, 1994²⁰; Stefan, 1994).

Na época, a força teórica e o ganho cada vez maior de espaço da psicanálise na comunidade científica e profissional, contribuíram para que o autismo fosse concebido por muito tempo como um quadro de origem psicogenética (como exemplo da psicogênese do autismo, o fato de não terem sido desejadas por suas mães) (Tolipan, 2002). Alguns psicanalistas afirmam que o trabalho clínico com autismo pode conduzir à obsessionalização, paranoização e fetichização do sujeito como saídas do tratamento (Stefan, 1994). Nesse sentido, quando da referência ao pós-autismo (Jerusalinski, 1989; Laznik-Penot, 1997; Mélega, 1999), não se trata de uma *cura do indivíduo*, mas uma saída *desse* quadro patológico²¹.

Para Alerini (1994, p. 137), o autismo infantil é “uma psicose curável pela psicanálise”, ressaltando as condições em que isso é possível: 1) que o tratamento comece muito cedo, antes mesmo de dois anos de idade e 2) que a mãe participe do tratamento, não somente por sua presença efetiva durante as primeiras sessões, mas por seu *assentimento à psicanálise*²².

¹⁹ Na primeira lista de critérios diagnósticos para o autismo, elaborados por Kanner, em 1943, incluía-se que as onze crianças provinham de famílias bastante inteligentes. (Stefan, 1994)

²⁰ Alerini (1994, p. 142) escreveu: “A mãe do autista não existe, pelo menos como tipo clínico. Não é possível fazer dela um retrato reconhecível (como por exemplo, o da mãe do esquizofrênico).”

²¹ Grifos da autora.

²² Grifos do original (Alerini, 1994). O termo “assentimento à psicanálise” é explicado pelo autor como aceitação do tratamento. O autor diz: “Se ela [a mãe] aceitar a psicanálise em seus princípios e em seus efeitos sobre a criança, mas também nos efeitos que ela pode produzir sobre ela mesma.” (p. 142)

Tafari (2005) faz uma observação importante a respeito desses impasses sobre “de onde vem e para onde vai o autismo”. Afirma que os resultados satisfatórios do tratamento da criança autista pela psicanálise não são provas de que a condição inicial da patologia não seja orgânica, mas também não provam que se trata de outra doença que não o autismo. Argumenta que a discussão sobre a natureza da síndrome, histórica entre psicanalistas e organicistas²³, advém da associação, realizada pela medicina, entre o tratamento de uma patologia e sua etiologia.

Os criadores do Programa Son-Rise, por sua vez, afirmam que a intervenção intensiva com o filho autista, durante três anos, fez o menino sair do autismo. Essa afirmação tem levado famílias a aderirem ao programa, na esperança de reproduzir com suas crianças a história da família Kaufman (James D., Sharp, & Gaudiano, 2002). Contudo, pesquisadores atuais têm sido cuidadosos ao afirmarem que ainda não há nenhum teste longitudinal rigoroso que comprove a eficácia do programa, embora os princípios-chave dessa abordagem contam com o apoio da literatura da pesquisa atual sobre autismo (Houghton, 2008). O Programa Son-Rise é discutido com mais especificidade no capítulo sobre metodologias com crianças autistas (3.4.2).

O desenrolar clínico no autismo varia muito. Apesar disso, existe uma tendência significativa a direcionar seu curso para um prognóstico desfavorável, em se tratando de cura (Mulas, et al., 2010). Em geral, o ser humano pode sofrer transformações das mais imprevisíveis ao longo de sua vida, mas no que se refere ao autismo, quando crescem, continuam autistas ou, quando adultas, podem ser diagnosticadas como esquizofrênicas (Tolipan, 2002). Embora haja referências de melhoria como consequência de intervenções precoces intensivas, ainda falta muito o que aprender sobre a evolução natural e os efeitos das intervenções nas perturbações do espectro autista (Alessandri, Thorp, Mundy, & Tuchman, 2005).

Rosenberg (2010) propôs uma equação para avaliar fatores prognosticadores das condições de desenvolvimento de uma criança com transtorno do espectro autista, representado na Figura 4.

²³ Conforme o original. Refere-se aos adeptos da teoria de que a vida resulta da organização biológica.

Figura 4: Fatores prognosticadores do transtorno do espectro autista

Fonte: Baseado em Rosenberg (2010)

O melhor prognóstico de uma criança autista é possível quanto maiores forem os índices do que está sobre a linha, e inversamente proporcionais forem os fatores sob a linha divisória, ou seja: quanto maior a capacidade cognitiva, mais cedo for oportunizada intervenção, melhores habilidades comunicativas, mais envolvida for a família e melhor o nível de comportamento adaptativo e, por sua vez, menor forem episódios de comportamentos auto-agressivos, mais nova for a criança, menos ocorrentes e intensos forem problemas de saúde, menor a experiência de institucionalização e menor o risco de depressão.

Ainda que haja muitas controvérsias a respeito da cura do autismo, ou pelo menos a ausência de uma forma de cura conhecida e comprovada, pode-se contar com muitas opções terapêuticas. Os principais modelos de tratamento são intervenções clínicas e/ou educacionais, além das comuns associações com terapêuticas biomédicas. Alessandri, et al. (2005) pontua que os processos de intervenção com crianças autistas devem buscar superar a alteração fundamental do autismo, desenvolvendo protocolos terapêuticos dirigidos de maneira específica às insuficiências sociais. Por isso, enfatiza que atualmente seria mais apropriado falar da nossa intenção de compreender o autismo antes de falar de uma cura. Numa visão humanista, Gernsbacher²⁴ (2004) afirma que “o autismo precisa de aceitação, não de cura”.

O artigo de Ortega (2009) faz pontuações sobre os movimentos sociais de grupos pró-cura e anticura do autismo. O grupo pró-cura é mais antigo e foi liderado, inicialmente, pelos teóricos estudiosos do início da história do autismo (como Kanner e Bethelheim) e, depois, o autor considerou que associações de pais fizeram o mesmo ao procurar desprender-se da visão psicanalítica: pois apostavam na psiquiatria e em metodologias como ABA, que buscam adaptação das pessoas autistas ao

²⁴ Morton Ann Gersbacher é mãe de uma criança autista, na época, com 8 anos de idade. Também é pesquisadora e professora de Psicologia na University of Winconsin-Madison (EUA). Denomina-se humanista e esse posicionamento recebe críticas que questionam a credibilidade de suas afirmações (Morris, 2009).

meio. O autor afirma que esse padrão, que enfatiza a procura pela cura, provocou um movimento entre adultos autistas (especialmente Asperger's, considerados como autistas de bom rendimento ou de alto funcionamento): sentindo-se incompreendidos, criaram espaços de auto-advocacia. "Por autistas para autistas" (*By autistic for autistics*) é um valor central da Autism Network International (criada por dois autistas), reproduzindo a ideologia dos estudos da deficiência: "nada sobre nós sem nós (*"nothing about us without us"*), em que ativistas do movimento anticura exigem a presença de autistas na tomada de decisões. Os que fazem o movimento anticura tratam do autismo como uma condição da neurodiversidade: não como doença que precisa de cura, mas uma parte constitutiva do que eles são, uma diferença humana que precisa ser respeitada, um estilo de vida.

Ortega (2009) não se posiciona numa ou noutra opinião, pois afirma que cada grupo tem suas razões. No movimento pró-cura, razões para considerar que nem todos os autistas são de bom funcionamento – a maioria apresenta comorbidades associadas, sendo minoritário o movimento da neurodiversidade dentro do espectro total do autismo. Precisa haver o impulso de providências para tratamento dessas crianças, já que os argumentos dos ativistas do movimento anticura têm sido utilizados por empresas de seguro de saúde e pelos governos para não prover as condições reivindicadas pelas famílias.

No movimento anticura, há razões que ficam em torno da preocupação sobre avanços tecnológicos (testes genéticos, por exemplo) que permitam a identificação de autismo no período gestacional e apoiem o aborto de fetos autistas e preocupações quanto ao estabelecimento de pontos de cortes arbitrários no interior das possibilidades do espectro autista que determinem decisões políticas, de interesses secundários de determinados grupos.

Negar as condições de deficiência do autismo pode provocar impactos grandiosos no âmbito político e social. Mas tratá-lo como uma categoria psiquiátrica implica em uma disputa de fronteiras, pois é um estatuto ambíguo, que exige uma constante negociação política (F. Ortega, 2009).

As intervenções intencionalmente realizadas no desenvolvimento de crianças em tenra idade (menores de seis anos), nas áreas de saúde, educação e proteção social, foram historicamente chamadas de "estimulação precoce", pois não era comum que as intervenções se dessem tão cedo, mas essa ideia foi revista e passou a receber a denominação "estimulação essencial", enfatizando-se o valor que têm e não o tempo em que ocorrem.

Numa perspectiva psicanalítica, Campanário (2006) propõe o termo “intervenção a tempo” ao invés de “intervenção precoce”, compreendendo que o tratamento precoce é paradoxal ao propósito da psicanálise: “Como a psicanálise pode falar em prevenir se o tempo que trabalha é o só-depois?”, enfoca a autora, citando Cláudia Rohenkohl (1999). Essa discussão envereda por caminhos epistemológicos, da etiologia do autismo – compreendido por uma parcela dos psicanalistas como algo instalado após o nascimento e não como condição do sujeito ao nascer. Independente da perspectiva teórica ou epistemológica, intervir com crianças com autismo antes dos seis anos não pode ser considerado precoce, antecipado, antes do que o normal, mas em seu tempo devido: é indiscutível o peso que as interações sociais podem ter sobre as condições potencialmente dadas no nascimento de qualquer criança. Intervir nessa idade com crianças em condições de desenvolvimento autizantes não só é importante, mas é inadiável.

Apesar de tantas discussões e movimentos na linguagem, a literatura científica ainda vem utilizando amplamente o termo “intervenção precoce”. Em razão desses referenciais, o texto prossegue mesclando esse termo, mas enfatiza que as intervenções dirigidas a crianças na faixa etária de com risco de desenvolvimento têm o sentido de ser preventivas em relação a prognósticos desfavoráveis.

Intervenção precoce é um termo designado para denominar um conjunto de atividades que interferem de forma qualificada nos processos de desenvolvimento de crianças nos primeiros anos de vida, com o objetivo de capacitar a criança a estabelecer uma trajetória de desenvolvimento que a preparará para ser bem-sucedida em longo prazo, associado também a apoio fornecido aos genitores e/ou a outros cuidadores (Silva & Dessen, 2005). O conceito de “intervenção precoce” também pode ter como termo equivalente “educação especial na infância precoce” (Ingersoll & Dvortcsak, 2006; Odom & Wolery, 2003) ou, numa menor generalização, “intervenção precoce na infância” (Soriano, 2005), diferenciando basicamente a intervenção precoce e a educação especial em idade escolar, de modo que a primeira enfoca o desenvolvimento precoce de habilidades que são precursoras do tempo presente e do sucesso escolar posterior (Odom & Wolery, 2003).

As condições do adulto não podem ser inextricavelmente condicionadas às condições infantis. Embora haja impacto direto e irreversível do desenvolvimento precoce sobre o desenvolvimento ao longo da vida, não há provas evidentes de uma fixa e rígida relação de causa-efeito. Em outras palavras, não se pode estabelecer explicações causais diretas entre desenvolvimento infantil e adulto. Ainda, é

inegável que o que ocorre durante os primeiros meses e nos primeiros anos de vida tem um efeito posterior aos diferentes níveis do desenvolvimento da criança (Soriano, 2005).

Considera-se que, quanto mais cedo se oferecer intervenção, mais significativos são os resultados no desenvolvimento das crianças (Fox, Dunlap, & Cushing, 2002). Um dos argumentos mais fortes para a importância da intervenção precoce é a plasticidade cerebral, ou seja, a habilidade do cérebro de formar novas conexões (Dawson, 2008; Gordon, 2009). Tal condição neurológica possibilita que habilidades primordiais para o desenvolvimento humano sejam “instaladas” nessa idade. A intervenção precoce prevenirá que dificuldades futuras, muitas vezes consideradas inerentes à síndrome, se cristalizem (Bryson, et al., 2003; Filipek, et al., 2000; Golse, 2005).

A intervenção precoce tem sido amplamente recomendada a crianças em situações de risco de desenvolvimento²⁵, que se apresentam em idade pré-escolar (Dawson, 2008; Odom & Wolery, 2003; Soriano, 2005). A intervenção para bebês de baixo peso, por exemplo, precisam ocorrer em dois momentos: nos três primeiros anos de vida, enfocando aquisição de habilidades psicomotoras e de linguagem e estabelecimento do apego entre criança e figura materna, e no início da vida escolar, em torno de seis e sete anos (Linhares e cols., 2000 citados por Silva & Dessen, 2005). Para crianças com paralisia cerebral, acentua-se a importância de iniciar o mais cedo possível, para otimizar o potencial evolutivo da criança e favorecer o desenvolvimento global, bem como evitar a influência negativa de fatores de risco, reduzindo efeitos secundários de deficiências funcionais permanentes, como é o caso da paralisia cerebral (Apolónio, Castilho, Caixa, & Franco, 2000).

A faixa etária contemplada, em geral, para crianças com autismo, é a idade pré-escolar, entre 18 meses e 6 anos (Molini-Avejonas, 2008). Num programa de Interação Social Precoce (*Early Social Interaction – ESI*), Wetherby & Woods (2006) compararam o desenvolvimento de dois grupos de crianças com transtorno autista: um começou no programa aos 2 anos e outro começou aos 3 anos de idade, havendo diferença entre ambos, de modo que o primeiro grupo teve significativos ganhos nos aspectos que envolviam o programa em questão.

²⁵ Os fatores de risco podem ser classificados em três níveis: 1) risco estabelecido (de ordem genética, relativo a desordens médicas estabelecidas); 2) risco biológico (relativo a condições pré, peri e pós natal, que resultam em dano biológico); 3) risco ambiental (relativo a experiências de vida ligadas às condições precárias de saúde, à falta de recursos sociais e educacionais, aos estressores familiares e às práticas inadequadas de cuidado e educação, dentre outras). (Hanson & Lynch, 1989 apud Graminha & Martins, 1997)

A intervenção precoce consiste em um processo cujas fases contemplam: (a) a identificação dos primeiros sinais e sintomas que sugerem que uma criança tenha o progresso de seu desenvolvimento de forma atípica, (b) a detecção desses sinais na população, rastreando outras crianças com quadro similar, (c) o diagnóstico, que confirma o transtorno/deficiência e sua etiologia, (d) a intervenção, que inclui as atividades dirigidas à criança e seu ambiente para criar condições favoráveis ao desenvolvimento e (e) apoio aos pais, família e família alargada, através de treino e aconselhamento (Franco, 2007).

Alguns países tratam desse tipo de intervenção como serviço primário para bebês, crianças pré-escolares e suas famílias, compreendendo que constituem uma mais valia, em termos econômicos, para o indivíduo, para a família e para a sociedade, pois previnem o agravamento das condições de incapacidade (Odom & Wolery, 2003; Soriano, 2005). Pela sua natureza, a intervenção precoce pode ser considerada um tipo de atenção secundária à saúde, uma vez que se propõe a evitar ou atenuar as consequências decorrentes de um problema primário, como é o caso de deficiências ou transtornos de desenvolvimento congênitos.

No Brasil, a Secretaria Estadual de Educação do Distrito Federal implementou, em 1987, o Programa de Estimulação Precoce, destinado a atender famílias e crianças de zero a quatro anos, que tenham sido diagnosticadas com algum tipo de deficiência, autismo, psicose infantil, ou crianças que se encontram em condição de risco. Esse programa baseia-se em Gesell e nas perspectivas teóricas psicogenéticas de Piaget e Vygostky e inclui atividades pedagógicas por professores especializados, hidroestimulação com educadores físicos e, quando indicado e disponível, atendimentos fonoaudiológico, psicológico e fisioterápico na própria escola (Silva & Dessen, 2005).

Não se encontrou na literatura programas atuais sistematizados e coordenados pelo governo. Ao contrário de outros países (Apolónio, et al., 2000; Bailey, Hebbeler, Scarborough, Spiker, & Mallik, 2004; Keenan, Dillenburger, Doherty, Byrne, & Gallagher, 2007; Soriano, 2005), no Brasil também não se encontrou registro avaliativo sobre os serviços de intervenção em tenra idade com crianças com risco de desenvolvimento.

Há diversas teorias que contribuíram para a compreensão atual sobre a importância de promover intervenções deliberadas sobre crianças que estejam em risco de desenvolvimento e têm em comum a focalização na criança e nas suas limitações, tomadas em consideração independentemente do ambiente em que vive (Soriano, 2005). Em geral,

as práticas de intervenção precoce estruturaram-se com base em teorias psicológicas e educacionais (Odom & Wolery, 2003), e tem havido significativa adesão à abordagem ecológico-sistêmica, ou bioecológico, no modelo teórico de Bronfenbrenner (Silva & Dessen, 2005; Soriano, 2005), em que famílias têm sido mais do que nunca incluídas nos programas de intervenção, como sujeitos de intervenção e como interventores (um não excluindo o outro) (Ingersoll & Dvortcsak, 2006).

Os programas de intervenção precoce, não apenas dirigidos a crianças com autismo, mas a quaisquer deficiências, precisam ser pensados tendo como princípio que o desenvolvimento das crianças não pode ser separado dos contextos em que ocorre. Assim, a intervenção não deve ser exclusivamente centrada na criança, mas deve também envolver os pais, irmãos e ambientes de cuidado que influenciam oportunidades de desenvolvimento disponíveis para a criança (Webster, et al., 2004). Outro princípio é compreender que, ao considerar familiares como pessoas centrais no desenvolvimento da criança, a intervenção profissional passa a ser um importante recurso esclarecedor e reforçador (e não substitutivo) para o desenvolvimento da interação social, linguagem e cognição.

O planejamento de programas de intervenção precoce deve enfatizar o desenvolvimento social da criança, sua inclusão na vida da comunidade e na intervenção eficaz e com manutenção da especificidade em longo prazo. Assim, devem primar por abordagens centradas na família, pela inclusão social das crianças em idade pré-escolar e pela promoção de intervenções individualizadas para crianças e famílias (Guralnick, 2000). O conjunto de intervenções deve focar a criança, sua família e seu entorno, com o objetivo de oferecer respostas às necessidades transitórias ou permanentes que apresentam as crianças com (risco de) transtornos de desenvolvimento (Mulas, et al., 2010).

3.3.2 Princípios fundamentais das práticas de intervenção em tenra idade

Uma síntese dos aspectos centrais a serem levados em consideração num programa de intervenção precoce pode ser apresentada a partir do texto de Odom & Wolery (2003), que construíram princípios fundamentais (todos baseados em pesquisas empíricas) de uma “Teoria Unificada de Práticas em Intervenção Precoce”. Esses princípios são apresentados a seguir, complementados

por outras referências da literatura sobre o tema e com a inclusão de um nono item.

1. *Famílias e lares como os principais criadores de contextos:*

As práticas de intervenção precoce devem centrar-se nas práticas familiares, considerando que os pais são os principais acessos de ensino implementados no meio da criança (Odom & Wolery, 2003). O investimento na família como instrumento para intervenção torna tais processos mais eficazes e as famílias precisam ser encorajadas para assumir o papel de interventores, tornando-se mais competentes e habilidosas para resolver problemas futuros com seus filhos (Fox, et al., 2002). No que se refere à intervenção com crianças com autismo, esse é um dos princípios de algumas metodologias (Houghton, 2008; Keenan, et al., 2007; Tolesane, 2009).

2. *Reforçamento dos relacionamentos como um aspecto essencial da intervenção precoce:* Os autores Odom e Wolery (2003) referem uma série de pesquisas que abordam programas de intervenção que enfatizam os relacionamentos sociais da criança com desenvolvimento atípico. Entre eles, o programa de Rauch et al. (1988), baseado em relacionamentos, o programa de interação pais-criança, de Girolametto et al. (1994), o programa de interação entre iguais, de Odom et al. (1999) e programas de colaboração profissional, de Lieber et al. (2001). Adiante, são caracterizados diversos modelos de intervenção com crianças autistas, muitos deles dando ênfase aos processos relacionais.

3. *Crianças aprendem pela ação e observação em seu ambiente:* Odom e Wolery (2003) dão ênfase à importância de um ambiente responsivo às ações da criança, conforme é apresentado no material de Landy et al (2001). Também referem as pesquisas de Dusnt et al (2001), que trata da participação da criança em oportunidades de aprendizado natural, e de Schwartz et al (1996), que aborda a participação da criança em salas de aula que empregam práticas baseadas em evidências.

4. *Adultos mediam experiências de crianças para promover aprendizado:* Odom e Wolery (2003) citam as pesquisas de Horn, Líber, Li, Sandall & Schwartz (2000) que atribuem ao adulto o papel de “mergulhar”, “enterrar”, “encravar” a criança em oportunidades de aprendizado. Numa analogia com um “saca-rolhas”, o adulto tem a função de desafiar a criança em situações sociais, exigindo-lhe níveis mais elevados de desenvolvimento, como quem “puxa-a” para níveis que ela ainda não alcançaria espontaneamente naquele momento. São também elementos desse princípio a oferta de rotina estruturada e de

pedidos de alta probabilidade de respostas, conciliando o uso de estratégias em que o adulto induz a criança a uma ação e, gradativamente, vai enfraquecendo essa indução, dando condições para atitudes independentes e de autonomia (Odom & Wolery, 2003).

5. As crianças integram cenários mais avançados de desenvolvimento: Considera-se que, inicialmente, a assistência é muitas vezes necessária para o sucesso e participação e para posterior independência da criança nesses cenários. Esse princípio contempla a generalização da aprendizagem que ocorreu no contexto controlado do lar da criança para situações comunitárias (Dunst, Hambry et al., 2000 apud Odom & Wolery, 2003). Também são considerados os processos inclusivos da criança em grupos de brincar pré-escolares (Guralnick et al., 1996 apud Odom & Wolery, 2003) e intervenções em contextos de integração social (Jenkins et al., 1989 apud Odom & Wolery, 2003).

6. As práticas de intervenção precoce são individual e dinamicamente orientadas por objetivos: Toda prática intervencionista deve ter objetivos previamente identificados, relacionando-os a estratégias de aprendizado (Wolery, 2000 apud Odom & Wolery, 2003). McWilliam (1992 apud Odom & Wolery, 2003) recomenda que os pais sejam participantes, fornecendo dados, por meio de entrevista, a respeito da rotina da criança, e Thurman & Widerstrom (1990 apud Odom & Wolery, 2003) ressaltam as exigências do meio como fontes de identificação de objetivos para a intervenção.

7. Avanços no programa de intervenção precoce são intensificados por um adulto desenvolvimentalmente instigativo: Isso significa dizer que devem ser avaliadas as exigências que cada contexto apresenta para que as habilidades necessárias sejam inseridas no programa de aprendizado (Ager & Shapiro, 1995 apud Odom & Wolery, 2003), bem como reconhecer a necessidade de preparar as pessoas (profissionais ou família) para que ocorra a transição com a criança para esse novo *setting* (Wyly et al., 1996 apud Odom & Wolery, 2003) e proporcionar concordâncias entre as pessoas envolvidas para que a transição ocorra sem dificuldades (Rosenkoetter et al., 2001 apud Odom & Wolery, 2003).

8. Famílias e programas são influenciados pelo contexto mais amplo: Nesse sentido, McWilliam et al. (1998 apud Odom & Wolery, 2003) reforçam os planejamentos centrados na família, Trivette et al. (1997 apud Odom & Wolery, 2003) abordam a importância de mapear os recursos necessários aos programas e conciliá-los com os recursos disponíveis pela família, enquanto Catlett et al. (2000 apud Odom &

Wolery, 2003) discutem sobre a necessidade de que os programas de intervenção precoce sejam culturalmente sensíveis.

9. O desenvolvimento infantil é multidisciplinar e necessita de equipe multiprofissional: Construiu-se esse nono princípio em razão do que Franco (2007) e Barbosa (2007) ressaltam sobre a importância de equipes multidisciplinares nos programas de intervenção precoce. Deve-se considerar a abrangência dos processos de desenvolvimento infantil e a necessidade de oferecer metodologias de trabalho integradoras, em que ciências da saúde, ciência psicológica, ciências da educação e ciências sociais se encontrem diretamente envolvidas e integradas (Schwartz, Sandall, McBride, & Boulware, 2004; Soriano, 2005).

3.3.3 Orientadores para intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com autismo menores de seis anos

Os programas de intervenção para crianças com autismo em tenra idade são orientados para atuar sobre três esferas: a criança, sua família e o meio em torno dela (Mulas, et al., 2010). Tais ações são possíveis por meio de programas de intervenção que se adequam às características individuais de cada criança e suas famílias, amenizando o impacto dos déficits primários sobre o desenvolvimento e podendo modificar o mau prognóstico geralmente associado a essas crianças (Mulas, et al., 2010).

Crianças com autismo apresentam graves riscos de desenvolvimento em função do prejuízo na capacidade para desenvolver habilidades essenciais para a adaptação social. Assim, tão importante quanto detectar precocemente o autismo é prover a essas crianças intervenções profissionais adequadas assim que o diagnóstico for considerado.

Os sinais clínicos observados em crianças que estão em condição autistizante precisam sofrer interferência tão logo forem identificados. Dawson (2008) propôs um modelo de desenvolvimento que considera que os índices genéticos, ambientais e comportamentais permitem a identificação precoce de crianças que estão vulneráveis a desenvolver atipicamente, como no caso do autismo. Tais fatores de risco contribuem para uma trajetória de desenvolvimento atípico do cérebro e do comportamento, que se manifesta em padrões alterados de interação entre a criança e o seu meio.

A maneira alterada de interação social da criança autista constitui um forte risco de percurso, de modo que ela fica impedida de realizar absorções pré-linguísticas e de desenvolver os circuitos cerebrais sociais

e lingüísticos durante períodos sensíveis do seu desenvolvimento. Todo esse processo acaba ampliando os efeitos das suscetibilidades precoces da criança autista. As intervenções efetivas têm esses riscos processuais como alvo (Dawson, 2008).

Enquanto crianças de desenvolvimento típico aprendem de forma espontânea uma série de habilidades que são essenciais para o desenvolvimento, crianças com autismo tendem a adquirir tais habilidades quando submetidas a interações sociais especializadas, deliberadas. Em crianças com desenvolvimento típico, interações sistemáticas, que ocorrem de modo instruído, como os encontrados nos processos de escolarização, propiciam o desenvolvimento de processos psicológicos superiores de alta complexidade (Baquero, 1998; Vigotskii, Luria, & Leontiev, 2001). Às crianças com autismo, as interações deliberadas, que envolvem níveis mais elevados de consciência são necessárias para que aprendam habilidades básicas de interação social, como buscar e manter o olhar em interações sociais, imitar, brincar de faz-de-conta, imitar, inferir sobre a emoção a partir das expressões faciais.

Os programas de intervenção para crianças autistas menores de seis anos têm em comum: 1) um currículo que abranja as cinco áreas de habilidades: prestar a atenção no ambiente, imitar, compreender e usar a linguagem, apresentar jogo apropriado com brinquedos e interação social, 2) um ambiente de ensino altamente favorecedor e com estratégias de ensino que possibilitem a generalização do aprendizado para ambientes naturais, programas estruturados e rotina, 3) comportamentos problemáticos trabalhados por meio de uma abordagem funcional, 4) transição para a pré-escola de forma assistida (Lampreia, 2007). Muitos métodos existentes que se propõem a intervir sobre a condição autista ou sobre riscos de desenvolvimento do autismo têm explorado a motivação social, e a promoção de engajamento e reciprocidade sociais precoces (Dawson, 2008), fomentando uma maior independência nas atividades de vida diária (Mulas, et al., 2010).

Tem-se aconselhado que intervenção com crianças com autismo seja em tempo intensivo (Mulas, et al., 2010; Roca & Cuxart, 2002), e o ideal esteja em torno de 20 a 25 horas semanais, a partir dos dois anos de idade (Fuentes & Bastian, 2007; Prior & Roberts, 2006). Mas essa recomendação pode variar, conforme o grau de comprometimento da criança e/ou da metodologia orientadora da prática, o que é trazido no tópico a seguir. Nos resultados da pesquisa no campo empírico, com profissionais experientes e instituições especializadas (capítulo 5 – Resultados), a variação de recomendações dessa natureza corrobora-se.

3.4 METODOLOGIAS CLÍNICO-EDUCACIONAIS PARA INTERVENÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Informações sobre tratamento para o autismo estão crescendo exponencialmente nas últimas décadas, o que torna imprescindível aplicar um filtro de qualidade ao escolher referenciais para delinear um plano de intervenção. A eficácia de um tratamento se obtém com base na evidência científica procedente do desenho metodológico do estudo, da sua validade interna, consistência e capacidade de ser replicável. (Fuentes-Biggi, et al., 2006)

As práticas profissionais implicam em conhecimento sobre o objeto para que, teórica, metodológica e profissionalmente tais práticas ocorram de forma coerente e eficaz. Ainda são bastante atuais, no âmbito de crianças com transtornos autistas, as divergências entre as abordagens que historicamente foram se formulando. As discordâncias entre pesquisadores não são apenas de perspectivas diferentes sobre o mesmo fenômeno, de modo que, muitas vezes, há discordância quanto ao próprio objeto de estudo, como concluiu Kupfer (2000) ao afirmar que o autista do neurologista não é o mesmo autista do profissional psicanalista, além de, entre os próprios psicanalistas, haver falta de concordância diagnóstica.

Questões da ordem do diagnóstico têm desdobramentos para o desenvolvimento de pesquisas, como, por exemplo, estudos epidemiológicos e formulação de políticas públicas (Ortega, 2009) e no campo da intervenção com o sujeito e família, visto que alguns concebem possibilidade de cura pelo viés analítico (Campanário, 2006; Jerusalinski, 1989; Laznik-Penot, 1997; Mélega, 1999; Shepherd, et al., 1997), enquanto outros enfatizam a necessidade de adaptação através da estimulação da linguagem, aprendizado de habilidades sociais e de autocuidados e redução de comportamentos inadequados, mal-adaptativos (Bosa, 2002; Martins, Preussler, & Zavaschi, 2002; Mulas, et al., 2010).

A escolha que um profissional faz por um modelo orientador de intervenções com crianças com autismo deve basear-se em evidências que documentem a prevalência da eficácia e dos benefícios em relação aos riscos potenciais. Em geral, as intervenções que mais têm sido consideradas pelos profissionais experientes, que tratam de autismo, propõem-se a alcançar dois objetivos: 1) que auxilie a pessoa com autismo a adquirir habilidades funcionais e concretizar seu potencial adequado; e 2) que promovam a redução de comportamentos mal-

adaptativos que podem interferir no funcionamento adaptativo dessas pessoas (Mintz, Alessandri, & Curatolo, 2009).

No Reino Unido, os tratamentos psicossociais estão na base de qualquer manejo do tratamento de autistas (Aldred, Green, & Adams, 2004). No Brasil, no contexto da saúde, considera-se que um projeto terapêutico individual deve levar em consideração o sujeito em sua singularidade, nas suas necessidades específicas, cujas formas de intervenção contem também com a ajuda da família e do próprio indivíduo. O caráter psicossocial do indivíduo é também outra diretriz do Ministério da Saúde, levando em conta seu contexto social, econômico, afetivo/emocional, fisiológico, funcional, enfim, as múltiplas dimensões que compõem todo e qualquer ser humano (Ferraz, 2010)²⁶. Na dimensão educacional, contudo, as recomendações oficiais para os tratamentos de crianças autistas têm sido predominantemente na perspectiva comportamental, com ênfase no ensino estruturado e análise funcional do comportamento (Monte, 2005)²⁷.

O estado da arte sobre essa temática, cujo método está explicitado em capítulo específico, proporcionou conhecer diversos tipos de metodologias de intervenção, mundialmente referidas e adotadas em processos de intervenção clínico-educacional em crianças com transtorno autista, com especial enfoque para a idade pré-escolar. Tais métodos de tratamento podem ser categorizados em psicodinâmicos, biomédicos e psicoeducacionais.

Os tratamentos psicodinâmicos são menos frequentes na atualidade, em razão de partirem da interpretação obsoleta quanto a etiologia da síndrome, como sendo fruto de uma falha primária na formação e desenvolvimento de vínculos afetivos parentais, em especial com a mãe (Fuentes-Biggi, et al., 2006; Mulas, et al., 2010). Mesmo a psicanálise, que é um exemplo paradigmático dessa categoria, tem reformulado suas práticas e seus olhares contemporaneamente no que se refere à intervenção em crianças com autismo, parte em razão da interlocução com as ciências contemporâneas, como a neurociência (Kupfer, 2010).

²⁶ Parte da resposta da representante do Ministério da Saúde ao questionamento “*O Ministério da Saúde tem alguma diretriz teórica para o manejo de pessoas com autismo nos CAPS's?*” realizado por participantes no I Encontro brasileiro para Pesquisa em Autismo.

²⁷ Fascículo da coleção do Ministério da Educação, em parceria com a Secretaria da Educação Especial, que orienta e se pretende fonte de consulta a professores da rede regular de ensino. Outra publicação, “Currículo Funcional Natural” (Suplino, 2005) vinculada à Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH e à Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, também é de perspectiva comportamental.

Os métodos de tratamento biomédico englobam os tratamentos psicofarmacológicos e da medicina complementar/alternativa. Não existe tratamento, nessa categoria, para as manifestações nucleares do autismo. As abordagens psicofarmacológicas referem-se ao tratamento medicamentoso com o objetivo de aliviar comportamentos maladaptativos e mais comprometedores dos processos de desenvolvimento. Buscam atingir sintomas específicos que acompanham os sintomas nucleares do autismo, como agressão, comportamentos autodestrutivos, rituais compulsivos, baixa tolerância à frustração com acessos explosivos, hiperatividade, etc. (Bryson, et al., 2003; Irrarázaval O., Brokering A., & Miurillo B., 2005; Nikolov, et al., 2006; Novaes, Ponde, & Freire, 2008; Strock, 2007). Na linha da medicina complementar ou alternativa, estão as dietas de exclusão (livre de glúten ou caseína do leite) (Shaw, 2002), evitação da vacina tríplice viral (Artigas-Pallarés, 2010), os suplementes dietéticos ou vitamínicos, tratamentos antimicóticos ou com quelantes (Mulas, et al., 2010). Tais tratamentos (alternativos) têm sido considerados carentes de pesquisas empíricas que apontem os efeitos dessas terapêuticas, gerando bastante controvérsia e polêmica na comunidade científica (Mulas, et al., 2010).

As intervenções psicoeducacionais procuram promover modificações no comportamento por meio de interações sistematizadas e planejadas com o propósito de promover o aprendizado e, com isso, a modificação das condições de existência e funcionamento, sejam com enfoque mais cognitivos, afetivos ou desenvolvimentistas (Mulas, et al., 2010). Há um largo leque de modelos de tratamento nessa categoria, os quais tendem a centrar-se em três eixos: comunicação, estratégias de desenvolvimento e educação e uso de procedimentos para melhorar a linguagem e o comportamento.

Há unanimidade quanto a realizar intervenção no desenvolvimento de crianças com autismo o quanto mais cedo for possível, mas não há quanto ao melhor método a ser utilizado (Mulas, et al., 2010). Existem métodos com estruturas mais delineadas, com técnicas específicas para serem executadas, outros com princípios de funcionamento mais amplos e generalizados. Considerando-se aqueles que trazem propostas para o desenvolvimento de crianças com autismo por meio de intervenções clínico-educacionais, a seguir estão explanados os métodos de intervenção voltados a crianças com autismo mais referidos na literatura, além de outros, com propostas peculiares.

A partir das categorizações de Mulas, et al. (2010) e Fuentes-Biggi, et al. (2006), construiu-se a seguinte classificação para os programas/modelos de intervenções: 1) Programas de intervenções

comportamentais, 2) Programas de intervenções evolutivas, 3) Programas de intervenções baseados em terapias, 4) Programas de intervenções combinadas, 5) Programas de intervenções baseados em famílias e 6) Programas de intervenções baseados em inclusão social. No Apêndice S estão sistematizados esses métodos de intervenção, quanto aos objetivos, referenciais epistemológicos, pontos fortes, limitações e diretrizes/constructos-chaves de cada programa.

3.4.1 Programas de intervenções comportamentais

As intervenções comportamentais têm como proposta central ensinar novos comportamentos e habilidades, usando técnicas especializadas e estruturadas. São programas baseados nos princípios da modificação de comportamento e técnicas baseadas em teorias de aprendizagem como um dos principais instrumentos de educação. Incluem-se nessa categoria a Applied Behavior Analysis (ABA), a Intervenção Comportamental Intensiva (IBI), Intervenção Comportamental Intensiva Precoce (EIBI – *Early Intensive Behavior Intervention*), Projeto de Intervenção Precoce (EIP – *Early Intervention Project*), Ensino Experimental Intensivo (DTT – *Discrete Trial Training*), Terapia de Lovaas, Modelo UCLA, entre outros. (Fuentes-Biggì, et al., 2006; Mulas, et al., 2010)

Cada programa, técnica ou modelo de tratamento diferem entre si em relação a idade de início de aplicabilidade, intensidade, local de aplicação, possibilidade de ser compatível com outras intervenções, nível de envolvimento dos pais como co-terapeutas, etc. (Fuentes-Biggì, et al., 2006).

Foi Ivar Lovaas o primeiro psicólogo a aplicar os princípios da psicologia comportamental para ensinar crianças com autismo. Alguns termos (dos programas/modelos de tratamento mencionados) são tomados, muitas vezes, como sinônimos, mas não o são. Métodos mais popularizados contemporaneamente, como ABA, podem ser tratado como “método de Lovaas”, quando se referem ao ensino de crianças autistas (Lear, 2007), mas deve se compreender que se referem a coisas diferentes: ABA é mais amplo que o método de Lovaas (Mulas, et al., 2010).

Pode-se dizer que a terapia de Lovaas é uma referência para muitas das abordagens de base comportamental que existem. É altamente estruturada e intensiva, com tempo médio de intervenção de

quarenta horas semanais, na proporção 1:1²⁸. Exige muito compromisso da criança e dedicação das famílias, que atuam como co-terapeutas no processo. O princípio central do programa é aprendizagem por repetição e, por isso, é destacada pela eficácia no desenvolvimento de habilidades de atenção, obediência, imitação ou discriminação (Fuentes-Biggi, et al., 2006).

Recebe críticas em relação a problemas para a criança generalizar as condutas aprendidas, havendo dificuldades para o uso espontâneo em ambientes naturais (Williams & Wright, 2008), pois baseia seus resultados fundamentalmente na melhora do quociente de inteligência e o meio de aprendizagem é altamente estruturado, porém não representativo de interações naturais entre adultos e crianças (Mulas, et al., 2010). Por fim, o elevado custo financeiro também pode ser um fator crítico. (Fuentes-Biggi, et al., 2006)

A seguir, explanação um pouco mais detalhada sobre a Análise do Comportamento Aplicada, considerando sua relevância no campo prático e frequência com que é mencionado pela literatura científica contemporânea.

Análise do comportamento aplicada (ABA)

A Análise Aplicada do Comportamento é um termo advindo do inglês, *applied behavioral analysis*. Há quem considere mais que uma intervenção ou terapia, é uma subdisciplina da análise do comportamento (Morris, 2009). Trata-se de uma abordagem comportamental, difundida nas décadas de 1970 a 1980, que, embora não tenha sido desenvolvida de forma dirigida para um público específico, tem sido amplamente recomendada para tratamento precoce de crianças com autismo (Shea, 2004).

Baseia-se em princípios científicos da teoria do aprendizado, principalmente o comportamento operante, e visa à construção de esquemas de aprendizagem de repertórios considerados socialmente relevantes ou redução de comportamentos indesejáveis ou interferentes. Caracteriza-se por compreender que todo comportamento é passível de ser modificado e que os comportamentos não são sintomas de doenças ou patologias. Os comportamentos têm uma função, por mais estranho que pareça, e são aprendidos em função dos tipos de reforçadores que a eles se associam (Braga-Kenyon, et al., 2005; Checchia, 2009).

²⁸ Correspondência biunívoca, em que cada criança corresponde a um professor/instrutor.

Escolas especializadas na análise do comportamento aplicada se estruturam a partir de alguns pressupostos básicos: a) a ausência de comportamentos e habilidades ou comportamentos inadequados são condições que podem ser modificadas: novas habilidades podem ser ensinadas com o uso de reforçadores positivos; b) o diagnóstico é um procedimento necessário para buscar recursos financeiros, mas não dita a prática do analista do comportamento; c) comportamentos inadequados não são vistos como sintomas de uma doença; d) todo e qualquer comportamento possui uma função (causa), podendo ser: 1) a relação entre a situação em que o comportamento é emitido (ex.: chora porque não ganhou o brinquedo), 2) o comportamento em si (ex.: belisca-se por auto-estimulação), e 3) a consequência de tal comportamento (joga-se no chão porque depois alguém lhe dá atenção) (Braga-Kenyon, et al., 2005).

Os elementos essenciais dessa abordagem incluem ênfase em relações funcionais entre o comportamento e os ambientes, observação e mensuração diretas, fatores contextuais/ambientais e princípios de reforço (Mintz, et al., 2009). Em suma, a intervenção com a metodologia ABA segue os seguintes passos: 1) avaliação inicial, 2) definição dos objetivos a serem alcançados, 3) elaboração de programas (procedimentos) e 4) avaliação do progresso. A ABA pode contemplar sistemas de ensino complementares, como o PECS (comunicação alternativa, com base em troca de figuras – ver adiante) ou equipamentos adaptativos (computador com *touchscreen*²⁹ e/ou *output*³⁰ para som) (Braga-Kenyon, et al., 2005).

Ao planejar a estrutura do ensino, o objetivo final é que o aluno se inclua no ambiente, de modo que esse ambiente esteja cada vez mais perto do que se reconhece como um ambiente “natural” (escola de ensino regular) e, ao mesmo tempo o menos intrusivo possível (em relação à quantidade de estímulos que podem interferir na qualidade de aprendizagem da criança). Por isso, não é raro crianças em situações de aprendizagem, que significa a proporção de um professor para um aluno. Há os alunos que se beneficiarão de situações de grupos pequenos ou grupos grandes (1:2 ou 1:5). Vai depender do quanto de controle sobre a ambiente a criança precise para alcançar maior independência no futuro. As crianças passam para situações de aprendizagem coletivas quando possuem habilidades básicas (como sentar, realizar contato visual,

²⁹ Computadores que podem ser manipulados tocando a tela com os dedos ou canetas especiais.

³⁰ Saída (sinônimo).

esperar pela sua vez, imitar, seguir movimentos com os olhos e responder a instruções simples) (Braga-Kenyon, et al., 2005).

Outros fatores importantes na metodologia ABA são: o treino de professores, que deve ser realizado por profissionais qualificados e com supervisão sistemática, e o trabalho conjunto com outros profissionais, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e professores de educação física. Isso garantirá a consistência no trabalho e programa elaborado para cada criança, confluindo para o melhor resultado (Braga-Kenyon, et al., 2005).

Os programas de intervenção precoce para crianças com autismo que têm privilegiado o uso de programas de aprendizagem pelos princípios da ABA orientam-se por um currículo que enfoque os domínios na área da comunicação, das habilidades sociais, das habilidades para brincar, do processamento visual e auditivo (e integração desses canais sensoriais) (Braga-Kenyon, et al., 2005; Checchia, 2009).

Quando o programa é dirigido a crianças com espectro autista, merecem ser observadas situações como: a necessidade de intervir para a atenuação dos comportamentos de auto-estimulação que, pela intensidade e frequência em que podem se apresentar, podem interferir negativamente nos outros processos de aprendizado; a necessidade do uso de reforçadores atípicos, pois essas crianças nem sempre se sentem incentivadas por elogios ou outros reforçadores sociais; a dificuldade que têm em aprender com a demonstração do outro, ou seja, pela imitação; a aprendizagem com frequência é mais lenta, visto que nem sempre têm sua motivação intrínseca à situação de aprendizagem proposta e há uma concorrência de estímulos para organizá-las no processo atencional (Braga-Kenyon, et al., 2005).

A ABA tem um campo bastante abrangente e constitui-se de vários métodos instrucionais específicos, mas com diferenças no modo de aplicação de cada um. A seguir são apresentados, de forma sumarizada, três desses métodos, que compartilham a característica de terem como alvo a aquisição de habilidades e conceitos específicos e a redução de comportamentos problemáticos (Mintz, et al., 2009).

a) *Discrete Trial Teaching – DTT (Ensino experimental distintivo)*: É uma metodologia de intervenção cujo formato é estruturado, comandado pelo professor, e caracteriza-se por dividir sequências complexas de aprendizado em passos menores ou “discretos” (separados), ensinados um de cada vez durante uma série de tentativas, junto com reforçadores positivos e o grau de ajuda necessário para que o

objetivo seja alcançado (Lear, 2007). Os programas de DDT são abrangentes, focando em todas as áreas de habilidades (comunicação, cognição, motricidade, áreas social e de auto-ajuda). Destaca-se pelos resultados significativos no controle comportamental de crianças autistas, havendo proporção significativa de população que atingiu níveis de funcionamento que não se distinguem dos controles normais em medidas padronizadas de inteligência, linguagem e funcionamento adaptativo (Mintz, et al., 2009; Mulas, et al., 2010).

b) *Analysis of Verbal Behavior – VB (Análise do comportamento verbal)*: dedica-se a vários elementos funcionais da linguagem, como: onomatopeias, habilidades de imitação verbal, comandos, versatilidade (por exemplo, na nomeação/rotulação aleatória de objetos) e intraverbais. A imitação é bastante valorizada (Mintz, et al., 2009).

c) *Pivotal Response Training – PRT (Treinamento central de respostas)*: proposta de intervenção naturalista, elaborada para ser integrado à vida cotidiana, de modo a facilitar a generalização e a manutenção dos comportamentos modificados, quais sejam: a motivação, a auto-iniciativa e a responsividade a várias dicas. Tem se mostrado eficaz no aumento das habilidades sociais, comunicativas e de jogo (Mintz, et al., 2009).

Num estudo comparativo de pesquisas publicadas sobre a ABA, Shea (2004) analisou um grupo de crianças com idade menor que 46 meses, que recebia tratamento por 40 horas semanais por, no mínimo, dois anos. Concluiu-se que 47% das crianças que se submetem a esse tratamento têm grandes possibilidades de “recuperar” o funcionamento normal, demonstrado por meio do desempenho em testes de inteligência, de personalidade e de comportamento adaptativo.

Num estudo de caso, uma criança com alto risco de autismo foi submetida ao tratamento comportamental intensivo no seu primeiro ano de vida. No início, a intervenção foi na casa da criança, na situação de ensino 1:1, por três anos. A partir do 4º. Ano de vida, a criança passava a maior parte do tempo em sala de aula regular, na pré-escola, com o mínimo de recurso de aprendizagem 1:1. Testes identificaram aumentos significativos nas áreas de linguagem, socialização, cognição e habilidade de vida diária, de modo que após 4 anos de intervenção, quase não se identificavam déficits nas áreas comportamentais ou de desenvolvimento, funcionando como uma típica criança em uma sala de aula em escola regular (Green, Brennan, & Fein, 2002).

É importante mencionar que, apesar dos estudos, em geral, referirem melhoras significativas ou mesmo similaridade com crianças de desenvolvimento típico, não se encontrou artigos que discutissem a

metodologia ABA como possibilidade de cura para o autismo. Apesar disso, o livro de Catherine Maurice³¹ traz o relato da luta da autora para encontrar um tratamento eficaz para os dois filhos autistas. Afirma que o método ABA é tão eficaz que considerou seus filhos “recuperados” ou indistinguíveis dos colegas (Lear, 2007).

As críticas que o método ABA tem recebido dizem respeito ao risco de “robotizar” as crianças e ao custo do tratamento. Quanto à primeira crítica, ela é rejeitada sob justificativa de que o método aposta na intervenção em tenra idade para o desenvolvimento cada vez maior de autonomia e independência das crianças com autismo. Quanto à segunda crítica, é pertinente, pois requer intervenção 1:1, em tempo intensivo, por pessoa conhecedora (Mello, 2005).

3.4.2 Programas de intervenções evolutivas

Os programas de intervenções evolutivas funcionam sob abordagem relacional. São intervenções que procuram ajudar a criança a desenvolver relações positivas com outras pessoas, inspirando-a a participar ativamente do processo interventivo. Não têm como meta central o desenvolvimento de habilidades e comportamentos, mas sim o ensino de técnicas sociais e de comunicação em ambientes estruturados. A seguir, são abordados os programas Floor-Time, RDI e Son-Rise.

*Método DIR/ Floor Time*³²

O Método *Floor Time* (“Tempo no chão”) é também conhecido como *Modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação* (DIR). Foi desenvolvido por Stanley Greenspan e Serena Wieder, nos EUA, durante as duas últimas décadas (Silva, et al., 2003). Caracteriza-se por ser um modelo de intervenção interativa não dirigida,

³¹ “Let Me Hear Your Voice: A Family Triumph Over Autism”, publicado pela Fawcett Columbine Books (“Quero escutar sua voz: a vitória de uma família sobre o autismo” – ainda sem tradução em português). (Lear, 2007)

³² Cabe esclarecer que RDI e DIR são métodos diferentes. É comum haver confusão entre ambos, provavelmente pelo fato de as siglas serem formadas pelas mesmas letras (D, I e R) e que, nas traduções, podem provocar novas combinações. DIR significa Modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação e RDI significa Intervenção para o Desenvolvimento das Relações. Pode ser encontrado na literatura como RDI/Floor Time (Wieder & Greenspan, 2003) ou DIR/Floor-time (Fernandes & Molini-Avejonas, 2010; P. C. Silva et al., 2003). Noutras, menciona-se apenas uma nomenclatura, sem referir a outra (Emmens, 2007; Mintz, et al., 2009). Alessandri, Thorp, Mundy e Tuchman (2005) e Mulas et al (2010) citam ambas, discriminando-as, mas não especificando suas peculiaridades.

intensiva e global, associando o envolvimento e a participação da família, cujo objetivo central está em envolver a criança numa relação afetiva. É uma estrutura teórica e aplicada de intervenção abrangente, que examina as capacidades funcionais de desenvolvimento das crianças no contexto singular do seu perfil de processamento de base biológica, suas relações familiares e os padrões interativos (Wieder & Greenspan, 2003), por isso é também considerada uma intervenção de perspectiva evolutiva (Mulas, et al., 2010).

Tem como princípios básicos: 1) seguir a atividade da criança, apoiando as suas intenções e levando em conta as diferenças individuais e seus estágios do desenvolvimento emocional; 2) conduzir a criança ao envolvimento e interação, através da expressão afetiva e ações do que com ela interage; 3) abrir e fechar ciclos de comunicação (comunicação recíproca), utilizando estratégias como o “jogo obstrutivo”; 4) alargar a gama de experiências interativas da criança por meio do jogo; 5) alargar a gama de competências motoras e de processamento sensorial; 6) adaptar as intervenções às diferenças individuais de processamento auditivo e visuoespacial, planejamento motor e modulação sensorial; 7) buscar a mobilização simultânea dos seis níveis funcionais de desenvolvimento emocional (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de seqüências de ideias e pensamento lógico emocional) (Silva, et al., 2003).

Durante as sessões de jogos espontâneos, os adultos propõem interações não dirigidas, mas também interações semi-estruturadas, provocando a necessidade de gradativas resoluções de problemas, em que a criança é levada a cumprir objetivos específicos de aprendizagem, através de desafios dinâmicos que a criança queira/esteja disposta a resolver (Silva, et al., 2003). Utilizando interações afetivas atenuadas por gestos e palavras que movam a criança até a “escada simbólica”, estabelecem-se bases de atenção compartilhada, engajamento, gestos complexos e simples e solução de problemas para introduzir a criança no mundo das ideias e do pensamento abstrato. O modelo *Floor Time* tem como meta central tornar a criança mais alerta, ter mais iniciativa, tornar-se mais flexível, tolerar frustração, planejar e executar seqüências, se comunicar usando o seu corpo, gestos, linguagem de sinais e verbalização. (Wieder & Greenspan, 2003)

O programa DIR/Floor Time pode apresentar como limitações principais o aspecto econômico, uma vez que o tempo de intervenção é intensivo, exigindo um profissional remunerado por muitas horas semanais, e a necessidade de cooperação familiar intensa, que pode

implicar em dificuldades para adesão familiar ao trabalho (Fernandes & Molini-Avejonas, 2010).

Modelo RDI

A Intervenção para o Desenvolvimento das Relações (Relationship Development Intervention - RDI) tem como um de seus “fundadores” Steven Gutstein (Emmens, 2007). É um modelo de intervenção de perspectiva evolutiva, conduzido pela criança e implementado pelos pais, utilizando princípios de desenvolvimento para ajudar as crianças a formar habilidades sociais, comunicativas e sociais (Mintz, et al., 2009), abordando os peculiares padrões perceptual, cognitivo e dificuldades emocionais tipicamente encontrados em indivíduos autistas (Gutstein, Burgess, & Montfort, 2007). Ao invés de fornecer instruções de habilidades, o RDI é designado para o engajamento da criança com sua mãe/ seu pai, envolvendo-os em situações interativas, progressivamente (Emmens, 2007; Gutstein, Burgess, & Montfort, 2007) e promovendo o empoderamento das famílias (Smith, 2007).

Compreende o autismo como um déficit na inteligência dinâmica, pelo prejuízo nos cinco domínios desse processo: 1) pensamento criativo e flexível e solução de problemas, 2) análise dinâmica, 3) memória episódica, 4) partilha de experiências e 5) autoconsciência. Como uma abordagem funcional, essa metodologia usa as complexas relações entre biologia e experiência para compreender o comportamento e articula as capacidades de desenvolvimento que fornecem o fundamento para o desenvolvimento do pensamento de alta ordem simbólica e relativa (Smith, 2007).

São princípios da abordagem RDI:

Um sistema de retroalimentação emocional: compreende que crianças com autismo tendem a não apresentar *feedback* para os atos emocionais que os pais compartilham com eles, de modo que os próprios pais são incapazes de avaliar o estado emocional do bebê e a criança é incapaz de usar ou interpretar as expressões emocionais de seus pais. RDI propõe-se a ensinar aos pais atividades simples que promovam esse sistema de retroalimentação emocional. Uma vez que as crianças são regularmente engajadas aos olhares e expressões faciais espontâneos de seus pais, respondendo às atenções compartilhadas por eles, então elas podem participar de experiências mais complexas (Emmens, 2007).

Aprendizagem na co-regulação: os pais de crianças com desenvolvimento típico são chamados a co-participarem das interações com seus filhos. Eles cuidadosamente regulam o grau de apoio que a criança precisa para participar com eles de uma atividade, de modo que ambos gozam de experiência com sucesso. Mas com crianças com autismo isso se torna mais difícil, pois elas apresentam prejuízo na capacidade de dominar esse sistema de co-regulação. Por meio do RDI, os pais são ensinados a cuidadosamente regular o ritmo de suas demandas por co-regulação. Eles precisam assegurar-se de que seu filho esteja conseguindo mantê-los como seu referencial social, enquanto apóiam seu filho para o desenvolvimento de um senso de auto-eficácia e na partilha das interações sociais. O êxito nesse princípio está em motivar a criança a querer ser co-participante nestes encontros (Emmens, 2007).

Participar de sistemas dinâmicos: os relacionamentos sociais envolvem constantes transformações e desafios, com novas informações criando rupturas no estado cognitivo das crianças. Crianças com desenvolvimento típico têm sucesso e benefício nesta variedade, usando-a para desenvolver caminhos mais sofisticados de compreensão e organização de suas experiências. Crianças autistas não gostam de jogos complexos (como “esconde-achou!”) e lhes falta habilidade para a maioria das atividades que apresentam mudanças e inovações. Antes disso, têm mais satisfação com atividades estáveis, que tragam previsibilidade, que elas saibam como devem reagir. Nesse sentido, o RDI ensina aos pais a incluir momentos de imprevisibilidade em pequenas quantidades manejáveis, geralmente em jogo já conhecidos pela criança, e, então, gradualmente, permitindo à criança a oportunidade de aproveitar este momento tornando-se um participante ativo (Emmens, 2007).

Desenvolver a comunicação declarativa: crianças com autismo utilizam quase que exclusivamente uma “forma imperativa” de comunicação, que é instrumental, ou seja, orientada para uma necessidade. Na linguagem típica, há uma proporção bem maior de linguagem declarativa (em torno de 80%), que representa a linguagem que demonstra a intenção de compartilhar com os outros uma experiência. Pais RDI aprendem a enfatizar um estilo de linguagem declarativa, diminuindo e simplificando a sua língua para permitir que seus filhos processem o que foi dito e pensem sobre sua resposta (Emmens, 2007).

Construir ambientes de aprendizagem ideal: crianças com autismo são extremamente vulneráveis a objetos e atividades em seu

ambiente, distraído-se e competindo com os parceiros sociais para a sua atenção. Por meio do RDI, os pais aprendem a simplificar o ambiente, bem como o ritmo geral da vida cotidiana. Para essas crianças, é necessário que haja tempo durante o dia para praticar as experiências recém-aprendidas e compartilhar as experiências. Aos poucos, os pais são capazes de aumentar a quantidade de ruídos no meio ambiente a um nível cada vez mais próximo do real (Emmens, 2007).

Programa Son-Rise

O Programa Son-Rise (SPR – *Son-Rise Program*)³³ foi desenvolvido pela família Kaufman, na década de 1970, nos EUA. Os Kaufman's são um casal que buscou maneiras de aproximar-se de seu filho, diagnosticado como autismo de grau severo, visto que pouco ou nada encontravam de apoio na ciência, na época, para proporcionar o desenvolvimento social de crianças com autismo. Ao ouvirem o prognóstico dado por profissionais – de que o filho deveria ser institucionalizado e pouco desenvolveria, visto que seu QI não passava de 30 –, o casal resolveu investir em estratégias de se aproximar do filho em sua própria casa, mais especificamente no banheiro dela (Kaufman, 1981).

A publicação científica sobre o Programa Son-Rise ainda não é muito ampla, especialmente sobre estudos empíricos – apesar de o método ter sido criado na prática. Em vista disso, alguns estudiosos têm se preocupado em realizar levantamento na literatura científica que podem, no contexto atual, servir de apoio para os princípios do programa. Tem-se contado fortemente com a contribuição de áreas como a neurociência (Houghton, 2008) e de teorias sobre os seguintes temas: imitação, o papel da ludoterapia na intervenção precoce e terapias com filhos (Davis, 2006).

O Programa Son-Rise é dirigido diretamente a crianças com autismo e seus pais, que passam a atuar como facilitadores, treinadores e gerentes de seus programas domiciliares (Houghton, 2008; Williams & Wishart, 2003). Enfatiza-se a importância de se criar ambientes de aprendizado físico e de aprendizado social otimizados, não priorizando o desenvolvimento de habilidade, mas a construção de canais de conexão da criança com o mundo (Houghton, 2008; Tolesane, 2009).

³³ Também conhecido no Reino Unido como Método Option, em razão do Autism Treatment Center of America, do Instituto Option, de Massachussets/EUA, vir utilizando o Son-Rise com famílias desde 1983. (Houghton, 2008)

O Programa Son-Rise compreende que a criança com autismo pode estar em um dos três estados de disponibilidade para interação social: I) isolamento; II) interessado; III) altamente conectado (Tolesane, 2009). Nesse sentido, a dinâmica de uma sessão busca sempre os movimentos ilustrados na figura 5.

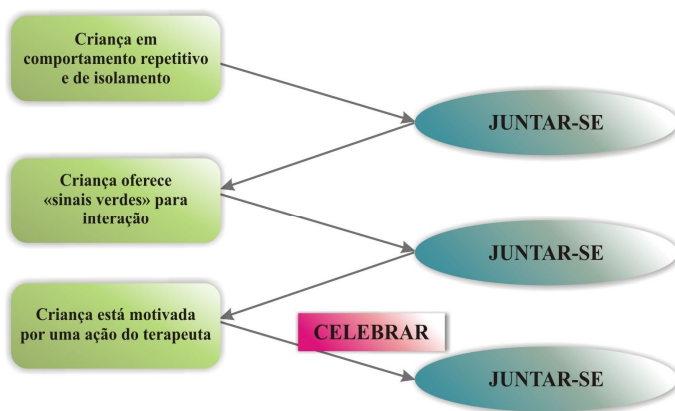


Figura 5: Dinâmica de uma sessão no Programa Son-Rise

Fonte: Tolesane (2009)

Nas sessões do programa, a pessoa que está com a criança procura encorajar a criança a evoluir nesse movimento, para que passe mais tempo no estado “altamente conectado”.

Os princípios-chave do Programa Son-Rise são: (1) a abordagem centrada na criança torna a interação social motivadora, (2) uma atitude positiva facilita uma conexão social mais profunda, (3) juntar-se a comportamentos repetitivos e de isolamento promove a interação social, e (4) um lugar livre de distrações é um ambiente otimizado para aprender e desenvolver. Esses princípios são melhor explanados logo adiante. Podem ser assim compreendidos:

1. *Abordagem centrada na criança torna a interação social motivadora:*

- a. Seguir a criança: começar com a motivação da criança
- b. Dar controle: ser responsivo e sensível à criança

Esse princípio se desdobra na compreensão de que toda e qualquer interação deve começar a partir da criança; ela é o centro, o ponto de partida. Os pais não dirigem a interação com a criança, mas compartilham com ela ou imitam-na nas suas atividades, mesmo que o comportamento não seja socialmente aceitável. Quando a criança começa a interagir e se atentar, o adulto experimenta desenvolver uma atividade e, com isso, procura estimular habilidades de interação social e comunicação. Durante toda a interação, o adulto procura sustentar uma atitude de aceitação e não julgamento, que são aspectos fundamentais do Programa Son-Rise (Williams & Wishart, 2003).

Se uma criança, no quarto de brincar, se desliga de uma interação social, o facilitador respeita esse movimento, não forçando a manutenção da interação social, mas aguardando a criança se engajar novamente para, então, reconstruir a interação social. O adulto está sempre pronto para se “juntar” a criança quando ela voltar a interagir. Esse senso de controle na criança cria uma base para a interação recíproca (Houghton, 2008).

2. *Uma atitude positiva facilita uma conexão social mais profunda*

- a. A aceitação promove a responsividade
- b. A valorização (apreciação) incentiva a participação

Utilizar a motivação da criança para promover avanços na aprendizagem e construção da base para a educação e aquisição de habilidades (Davis, 2006). Conforme demonstrado na Figura 8, quando a criança dá sinais favoráveis à interação social, demonstrando interesse, o adulto celebra com ela, buscando a construção da interação, procurando manter a criança motivada pela sua própria ação e pela ação do adulto. Se o nível de interesse da criança é mantido, o adulto prossegue para situações de solicitações, em que são administradas pequenas doses/tarefas que devem ser respondidas pela criança. Sempre que perceber-se que a criança está “recuando” na evolução da interação social (rompendo o nível de interesse e voltando a seus movimentos repetitivos, por exemplo), o adulto recua com ela, promovendo novamente o movimento na direção do “juntar-se” → “construir” → “solicitar”. As metas educacionais, no estágio do “solicitar”, são sempre por meio de atividades adaptadas, para serem motivadoras e apropriadas ao estágio de desenvolvimento da criança (Tolesane, 2009).

3. *Juntar-se a comportamentos repetitivos e de isolamento promove a interação social*

Esse princípio é um dos que mais diferenciam o programa das demais abordagens. O Programa Son-Rise compreende os

comportamentos repetitivos da criança como comportamentos de cuidado consigo, ou seja, as crianças têm comportamentos repetitivos porque se sentem acalmadas, organizadas com esses comportamentos, que já os conhecem. Interferir, bloqueando ou desprezando esses comportamentos, pode ser uma maneira de não aceitar a criança. É também uma forma de adotar atitudes otimistas e de não-julgamento para maximizar a atenção, o prazer e a vontade da criança. (Davis, 2006)

“Juntar-se” é o fundamento do Programa Son-Rise. Emprega-se um estilo responsivo de interação, que consiste em “dar controle” à criança: sempre que ela faz um contato espontâneo, o adulto responde de maneira sensível. Isso contribui para o sentido de competência e controle da criança, fazendo-a sentir que tem controle sobre o seu ambiente social. Há o entendimento, no Programa Son-Rise, de que o fato de as crianças com autismo não terem um senso de controle no mundo as fazem buscar padrões, por isso a existência de comportamentos repetitivos e rituais com tópicos de persistência (Houghton, 2008).

4. *Um lugar livre de distrações é um ambiente otimizado para aprender e desenvolver.*

Um elemento que tem tornado o Programa Son-Rise bastante conhecido é o “quarto de brincar”. O quarto de brincar consiste num espaço, normalmente na casa da criança, especificamente projetado para diminuir a estimulação sensorial. Pode ser diferente em cada casa, pois as famílias são diferentes, mas há dois princípios básicos que devem ser respeitados: evitar distrações sensoriais e oportunizar à criança o máximo de controle (Houghton, s/a).

Levando em conta esses dois princípios, o quarto costuma ter como características: tamanho médio de 4m X 4m, uso de cores neutras, evitando-se cores com grande contraste ou padrões com alto nível de distração; não há painéis visuais (especialmente os de alta distração), iluminação natural ou incandescente (não fluorescentes) e piso confortável – em geral, de vinil sobre forração de carpete (pois é macio e fácil de limpar) ou os utilizados em academias de ginástica. Os brinquedos e objetos são mantidos fora do chão, em prateleiras nas paredes, de modo que o chão esteja livre para brincar.

Durante as sessões de brincadeiras no quarto de brincar, ficam apenas um adulto e uma criança, o que significa que a criança não precisa passar pela experiência de filtrar o barulho e movimento de outras crianças, mas lidar apenas com um adulto previsível, no qual ela confia (Houghton, s/a). Para o Programa Son-Rise, compreende-se que essa configuração de quarto ajuda a acalmar o sistema nervoso, que na

criança com autismo é excessivamente ativo, tornando o mundo mais “digerível” e manejável (Houghton, s/a).

No Option Institute, o recomendável é que a criança fique no quarto de brincar em torno de 50 horas por semana (Davis, 2006), mas algumas famílias atuam no programa, com seus filhos, de forma ainda mais intensiva, chegando a 80 horas semanais (Williams & Wishart, 2003). Por ser um programa de tempo integral, as famílias, em geral, contam com a assistência de voluntários treinados pelos próprios pais.

3.4.3 Programas de intervenções combinadas

Muitos programas ou modelos de intervenção para interferir sobre o desenvolvimento de crianças com autismo levam em consideração mais de um referencial técnico, havendo a flexibilidade para articulá-los a fim de atingir as diversas necessidades das crianças pelas dificuldades que lhe são peculiares. É o caso da Metodologia TEACCH, do Modelo SCERTS e do Currículo Funcional Natural (CFN).

Metodologia TEACCH

Esse termo, sigla resultante de *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*, já se tornou substantivo, em razão de sua popularização nos meios de intervenção com pessoas com autismo. Foi desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte, na década de 1970 e atualmente é reconhecido como uma das metodologias mais eficazes para intervir com pessoas com autismo e transtornos correlatos de comunicação (Mello, 2005).

Na época, a concepção de autismo era apoiada nas ideias da psicanálise, considerando que a relação com os pais era a provocadora do distúrbio. Acreditava-se que as crianças tinham seus processos cognitivos intactos, mas recusavam-se a executar qualquer tarefa, sendo, por isso, classificadas como “intestáveis”. A entrada de Erick Schopler na equipe fez com que algumas questões fossem repensadas, especialmente a respeito da origem do autismo. Schopler acreditada numa base neurológica para esse transtorno (Marques & Mello, 2005).

Nesse sentido, o TEACCH passou a se estabelecer apoiado especialmente na idéia de que a educação é o principal caminho de intervenção para estas pessoas, derrubando crenças como, por exemplo,

a de que o baixo desempenho das crianças com autismo teria como responsável “seu baixo nível motivacional, incompetência interativa e outras propostas que supunham o que foi posteriormente intitulado de ‘o mito da competência intacta e da atuação inibida’” (Vatavuk, 1997, p. 120).

O TEACCH foi construído com base na premissa de que o autismo tem uma condição neurobiológica e pode-se considerar como conceitos chaves: comunicação espontânea, dimensões da comunicação, intervenção individualizada, flexibilidade, foco no ambiente natural e colaboração dos pais. No que se refere ao ponto “intervenção individualizada”, considera-se que cada criança deve ter um planejamento diferenciado, já que as pessoas com autismo têm o desenvolvimento das diferentes áreas de forma discrepante (Leon, 2002).

Para Gary Mesibov, atual diretor da divisão TEACCH, na Carolina do Norte, uma forma de compreender o autismo é pensá-lo como uma cultura diferente, “já que afeta no indivíduo a forma como ele come, como se veste, ocupa seus momentos de lazer, se comunica e etc.” (Marques & Mello, 2005). Nesse sentido, o método TEACCH serve para que o professor tenha interpretada a “cultura do autismo”, e possa, então, ajudar seu aluno no processo de adaptação e aprendizado. Todo o método é estruturado conforme o nível de entendimento dos alunos. Ao professor cabe ensinar o aluno a aprender e, para isso, deve planejar uma estrutura individualizada para cada aluno, segundo suas necessidades (Marques & Mello, 2005).

Assim, o ensino estruturado serve como apoio para que o aluno autista supere as defasagens dadas pela sua condição e possa ter experiências bem sucedidas de aprendizagem. O método tem se mostrado uma referência mundial, com resultados satisfatórios, nos processos de intervenção educacional no desenvolvimento de crianças autistas (Mukaddes, Kaynak, Kinali, Besikci, & Issever, 2004).

Modelo SCERTS

SCERTS é definido como um modelo educacional para trabalhar com crianças com autismo e suas famílias. Caracteriza-se por ser uma abordagem multidisciplinar, de estrutura desenvolvimental, que prioriza o aprimoramento da comunicação social, regulação emocional e o suporte transacional como as primeiras dimensões de desenvolvimento que devem ser alvo no programas designados a auxiliar no desenvolvimento de crianças com autismo e suas famílias (Prizant,

Wetherby, Rubin, & Laurent, 2003). É uma abordagem que incorpora práticas baseadas em evidências (Wetherby, Rubin, Laurent, Prizant, & Rydell, 2006). Foi desenvolvido por uma equipe de profissionais-colaboradores de práticas centradas nas famílias³⁴, treinados em problemas de comunicação, educação especial, terapia ocupacional, desenvolvimento e comportamento psicológico.

SCERTS é uma sigla formada a partir das iniciais dos três enfoques da abordagem. Os enfoques e seus significados são a seguir explicitados.

- SC = comunicação social: o desenvolvimento da comunicação funcional e espontânea, expressão emocional e relacionamento com crianças e adulto seguro e confiável;

- ER = regulação emocional: o desenvolvimento da habilidade de manter um estado emocional bem regulado para enfrentar o estresse do dia-a-dia e para estar mais disponível para aprender e interagir;

- TS = suporte transacional: o desenvolvimento e implementação de suportes para ajudar parceiros a responder às necessidades e interesses da criança, modificar e adaptar o ambiente e prover ferramentas para realçar o aprendizado (figuras de comunicação, programas escritos, ferramentas sensoriais). Planos específicos também são desenvolvidos para suprir ferramentas educacionais e emocionais para famílias e para criar um time de trabalho em meio aos profissionais (Prizant, Wetherby, Rubin, & Laurent, 2007).

O modelo SCERTS prioriza as habilidades e suportes que conduzem a resultados positivos no desenvolvimento da criança, oportunizando aos membros da família e equipe de educadores um planejamento para implementar um programa baseado em evidências que aperfeiçoará a qualidade de vida para a criança e sua família.

É indicado para crianças e indivíduos mais velhos, verbais ou não-verbais, em idade escolar e além, podendo ser adaptado para quaisquer cenários sociais (casa, comunidade, escola...) (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent, & Rydell, 2002). Uma qualidade destacada no modelo SCERTS é que ele pode incorporar práticas de outras abordagens, como ABA, TEACCH, Floor Time, RDI, Hanen e Social Stories® (Mulas, et al., 2010; Prizant, et al., 2007).

O modelo SCERTS inclui um processo de avaliação bem coordenado que ajuda a equipe a avaliar o progresso da criança e

³⁴ A maioria dos colaboradores, responsáveis pelo desenvolvimento desse modelo de intervenção, são autores dos artigos utilizados como referência para a construção desse tópico da dissertação: Barry Prizant, Amy Wetherby, Emily Rubin e Amy Laurent.

determinar a necessidade de suportes a serem usados pelos parceiros sociais da criança (educadores, pares e membros da família). Esse processo de avaliação assegura que:

- Sejam selecionados objetivos funcionais e significativos e metas de desenvolvimento apropriadas;
- Sejam respeitadas as diferenças individuais no estilo de aprendizado, motivações e interesses da criança;
- Sejam compreendidos e respeitados a cultura e o estilo de vida da família;
- A criança seja envolvida em determinadas atividades significativas diariamente;
- Os suportes sejam desenvolvidos e utilizados consistentemente pelos parceiros, atividades e ambientes;
- Haja responsabilidade pela qualidade do programa (Prizant, et al., 2002).

Currículo Funcional Natural

O Currículo Funcional Natural (CFN) é uma metodologia de ensino cuja proposta está baseada na funcionalidade das habilidades a serem adquirida e na manutenção destas através de contingências naturais de aprendizagem. Originou-se na década de 70, nos EUA, quando pesquisadores da Universidade do Kansas propuseram um currículo para educação de crianças de 4 a 5 anos, com o objetivo de torná-las mais rapidamente adaptadas às atividades cotidianas, independentes e criativas e menos envolvidas com comportamentos que as tornassem menos integradas, considerados comportamentos problemáticos (como birras, por exemplo). Na década de 90, esse modelo curricular foi implantado num centro de atendimento de pessoas autistas e com outros transtornos do desenvolvimento no Peru, tendo como fundadora dessa adaptação curricular a psiquiatra Dr. LeBlanc (Suplino, 2005).

Os princípios norteadores do CFN são:

1) a pessoa como centro: antes do autismo, há uma pessoa. A filosofia dessa metodologia é “trata-me como a qualquer outra pessoa”, enxergando a pessoa antes do diagnóstico, e não o contrário (Marocco & Rezer, 2009; Suplino, 2005).

2) concentração nas habilidades: busca, no processo de ensino-aprendizagem, deter a concentração do aprendiz para a atividade e habilidades que está por aprender, deixando outros comportamentos

disfuncionais como “pano de fundo” e, preferencialmente, extinguidos pela falta de função.

3) todos podem aprender: considera que os maiores problemas não estão na aprendizagem, mas no ensino; por isso, deve-se avaliar sempre quais são as estratégias de ensino melhores para cada aluno. Além disso, o ato de aprender deve ser reforçador em si mesmo, fazendo com que o aluno deseje estar envolvido na aula;

4) participação da família no processo de aprendizagem: os pais são grandes responsáveis pelo desenvolvimento do filho e são parceiros fundamentais dos profissionais. Não se quer descaracterizar a função dos pais, mas eles devem participar dos programas de ensino de habilidades no dia-a-dia (Suplino, 2005).

O CFN recebeu esse nome em razão da ênfase na funcionalidade daquilo que se ensina e no privilégio de contingências naturais de aprendizagem (Suplino, 2007). Os pesquisadores responsáveis afirmavam que o CFN deveriam ser compostos por três elementos essenciais: 1) metas de comportamentos pertinentes ao desenvolvimento da criança no seu ambiente; 2) melhora das condições e procedimentos de ensino para que o processo de aprendizagem seja favorecido; 3) avaliação constante da efetividade dos procedimentos planejados por meio da avaliação dos comportamentos durante o processo de ensino (Suplino, 2005).

As habilidades funcionais definem-se por todas as habilidades necessárias para viver a vida com êxito, de maneira adaptada. Incluem-se desde habilidades básicas, de auto-cuidados, até acadêmicas, como aprender cores, números, ler e escrever. A proposta é que essas habilidades possam ser postas em práticas tão logo sejam aprendidas, para compreender a função dessas na vida do aprendiz (Suplino, 2005).

O sentido de “natural” do CFN diz respeito ao contexto em que se ensina: no próprio momento em que se sente necessidade de utilizar a habilidade a ser aprendida. Um exemplo é ensinar a vestir-se no momento em que é necessário vestir-se e não em contextos artificiais de sala de aula. Outro sentido do “natural” é relativo à idade do aprendiz. Assim, trabalha-se com a pessoa a partir das suas condições naturais, como é o caso de trabalhar com adultos com materiais próprios do que adultos usam e com crianças com jogos e brincadeiras que são próprios para crianças. O relato de pesquisa de Marocco & Rezer (2009) demonstra a aplicabilidade desses princípios nas aulas de educação física de uma escola que atende pessoas com autismo.

*Terapia de Troca e Desenvolvimento*³⁵

A Terapia de Troca e Desenvolvimento (TED – *Thérapie d’Echange et de Développement*) é uma abordagem baseada numa concepção neurodesenvolvimental do autismo, considerando-o um transtorno neurofuncional, como consequência de uma “insuficiência modular cerebral”. Foi desenvolvido no Serviço de Psicoterapia de Crianças do CHU de Tours (França), na década de 1980, com objetivo de promover a reeducação das funções psicofisiológicas em crianças com autismo, baseadas na comunicação. Inicialmente, foi dirigida a crianças acometidas por espectros autísticos mais graves e depois a crianças com outros transtornos severos do desenvolvimento (Barthélémy & Dansart, 2004).

Seu foco são crianças em tenra idade, pois pretende intervir quando há maior plasticidade cerebral. Compreende-se que proporcionar, desde cedo, a reeducação de funções deficientes, como a atenção visual e auditiva, a percepção e a regulação, é possível à criança desenvolver capacidades de base para comunicar-se, trocar com os outros, ser atento, imitar, adaptar-se ao meio – o que a ajudará a beneficiar-se plenamente das intervenções educativas, pedagógicas e terapêuticas coordenadas, que lhe serão dispensadas futuramente (Barthélémy & Dansart, 2004).

Os princípios que orientam a relação entre o terapeuta e a criança na TED são: 1) serenidade, supondo que o tratamento seja calmo e acolhedor para a criança, num espaço silencioso e onde todas as fontes de distração e agitação sejam excluídas; 2) disponibilidade, permitindo que o terapeuta e a criança possam mais facilmente se ouvir um ao outro e voltar-se para o exterior, facilitando, assim, por meio de jogos compartilhados, que haja aquisições e associações livres, sensoriais e motoras e 3) reciprocidade, de modo que cada um permita suscitar a sociabilidade para as trocas e as imitações espontâneas de gestos, mímicas e voz (Barthélémy & Dansart, 2004).

O projeto terapêutico é desenvolvido a partir de um conjunto de dados de avaliações clínicas interdisciplinares, envolvendo os problemas comportamentais, o funcionamento cognitivo, a linguagem, a vida

³⁵ Dois participantes da pesquisa empírica mencionaram essa metodologia como ferramentas para suas práticas intervencionistas. Esse tópico foi desenvolvido com materiais fornecidos pelos próprios participantes. Apesar da significativa busca teórica sobre essa metodologia, não se encontrou materiais adicionais.

psicossocial da criança. As avaliações podem ser completadas por eletroencefalograma e imagem cerebral, que auxiliam evidenciando anomalias do processamento da informação perceptiva e da regulação cerebral (Barthélémy & Dansart, 2004).

As sessões de TED duram cerca de 20 a 30 minutos e podem ser propostas várias vezes por semana. Os jogos podem ser com objetos ou sem, e visam ao enriquecimento das iniciativas de contato e troca da criança com o adulto, exercitando as funções frágeis e reeducando os setores deficitários. As atividades partem dos interesses e pontos fortes da criança, para mantê-la com atenção sustentada e encorajá-la a interagir com o terapeuta. Os jogos podem ser dispostos em uma cesta, próximos do adulto, inacessíveis à criança. O objetivo é envolver a criança na sessão, estimulando-a ao acerto. As atividades tornam-se cada vez mais complexas, conforme a criança evolui, mas ela sempre recebe ajuda e acompanhamento, pois as sessões buscam evitar que a criança erre e se desencoraje, mantendo-a motivada a interagir a maior parte do tempo (Adrien et al., 1999).

Um constructo importante dessa teoria é de regulação e auto-regulação, envolvendo manifestações comportamentais como reações de forte intolerância ou de angústia, bem como comportamento de hipercompetência (como no caso de hipermemorização de determinadas categorias de eventos, em geral com detalhes aparentemente insignificantes na totalidade). São processos difíceis de administrar para crianças autistas, em razão das disfunções perceptivas. As crianças com autismo frequentemente têm dificuldade para processar simultaneamente múltiplas informações, em especial as de modalidades sensoriais distintas (Barthélémy & Dansart, 2004).

Ressalta-se, no entanto, que as crianças autistas não têm recusa a aprender ou participar das atividades sociais se forem colocadas com condições adequadas e de clima favorável. A TED, portanto, traduz-se como uma possibilidade psicoeducativa prática, individual, em que se busca reunir tais condições e clima para crianças autistas (Barthélémy & Dansart, 2004).

3.4.4 Intervenções Psicodinâmicas

As intervenções psicodinâmicas são, em geral, categorizadas separadas das intervenções educacionais. Está contemplada nessa

classificação pelo seu caráter clínico. A Psicanálise é o carro-chefe dessa linha de intervenção.

Psicanálise

A Psicanálise constitui-se como teoria, método de pesquisa e intervenção (Maurano, 2003). Tanto é que foi apresentada como uma das teorias explicativas para o autismo e, agora, como uma metodologia de intervenção. Não há um delineamento metodológico estruturado específico para o tratamento de autismo, pois psicanalistas afirmam que a análise de uma criança autista não difere tecnicamente da análise de crianças e está fundamentada na investigação sistemática da transferência (Mélega, 1999) e que, na prática, os modelos de tratamentos são tantos quanto as diferentes escolas da psicanálise (Tafari, 2005). Contudo, os relatos de práticas que têm se afirmado como eficazes é que têm sustentado a Psicanálise como um tratamento possível para o autismo (Tolipan, 2002).

Na abordagem psicanalítica, nem sempre o autismo vem sendo abordado conforme a classificação dos transtornos mentais (DSM), e isso pode gerar, inclusive, confusão sobre se o autismo que tratam é, de fato, o que a ciência tem chamado consensualmente de autismo (Kupfer, 2000). Além disso, a psicanálise tem recebido críticas incisivas do saber científico clássico, decorrentes de dois pontos: 1) a afirmativa de que a síndrome autista tem etiologia orgânica, caracterizada como inata e crônica, e 2) a incapacidade cognitiva da criança autista de perceber a si mesma, de se comunicar, de brincar e criar fantasias – que são elementos essenciais para a aplicação do método psicanalítico (Tafari, 2005).

Mesmo atribuindo importância a essas críticas, os psicanalistas continuam a trabalhar com crianças autistas, afirmando resultados positivos de vários casos e desenvolvimento teórico de conceitos inovadores – aspectos que têm permitido uma melhor compreensão da estruturação e funcionamento psíquico das crianças. O objetivo do tratamento psicanalítico para crianças autistas é oferecer condições para que a criança constitua noções de si e dos outros, e isso não é impedido pela falta da fala ou prejuízo cognitivo (Tafari, 2005). O trabalho com uma criança autista se faz ao avesso da cura analítica clássica: o objetivo do analista não é interpretar os fantasmas de um sujeito do inconsciente já constituído, mas permitir o advento do sujeito (Laznik-Penot, 1997).

A Psicanálise pode atuar de modo preventivo, pois a possibilidade de detectar risco para autismo já a partir do 3º. mês de

idade possibilita que se intervenha precocemente com mães e bebês, procurando impedir que o vínculo não ocorra, isto é, atua para que a mãe possa olhar este bebê e significá-lo, e para que este possa, por sua vez, constituir-se pela linguagem da mãe (Kupfer, Jerusalinski, Bernardino, Wanderley, Rocha, Molina, et al., 2009; Laznik-Penot, 1994; Saboia, 2007).

A psicanálise com crianças autistas se dá a partir do princípio básico de que a constituição do eu é singular e interfere diretamente na sintomatologia autista. Assim sendo, o quadro sintomatológico da criança autista pode ser alterado no curso do seu desenvolvimento, em função da constituição do eu, da percepção que ela tenha dela e das outras pessoas. Apesar dessa possibilidade, Tafuri (2005) afirma que a diminuição ou eliminação dos sintomas autísticos que eventualmente ocorrem no tratamento de algumas crianças, não invalida a possível natureza orgânica da doença, embora não a certifique. Para a psicanálise, por sinal, não importa se a perda das capacidades são causas ou conseqüências dos distúrbios da criança (Laznik-Penot, 1997).

Na perspectiva psicanalítica, a *hipnose* foi proposta por uma psicanalista brasileira não só como uma técnica, mas como um modelo clínico para o tratamento do autismo. O método psicanalítico tradicional não tem se revelado adequado e eficaz para o tratamento do autismo, pois é um método que tem como premissa destinar-se a sujeitos falantes. Os autistas são considerados estrangeiros de sua própria língua. Por isso, pais integram o tratamento psicanalítico, chegando, até mesmo, a participar do setting analítico, embora nem sempre tenha se tornado uma boa metodologia para o tratamento (Tolipan, 2002).

O trabalho com crianças autistas, em psicanálise pode ser estruturado a partir da possibilidade de circulação de afeto, de restauração da capacidade de ilusão antecipatória da mãe e, por fim, do surgimento de um sujeito do desejo. O psicanalista que intervém sob essa ótica terá a possibilidade de escutar, localizar e decifrar as inscrições e as significações da criança autista (Borges, 2006).

3.4.5 Programas de intervenções baseadas em terapias

A intervenção com crianças com autismo pode ser realizada a partir de programas que enfoquem especificamente alguma dificuldade. Incluem-se nessa categoria as terapias que focam o desenvolvimento de habilidades de comunicação/linguagem, terapias que enfocam o

desenvolvimento e integração sensorial e motor, terapias que visam o desenvolvimento da teoria da mente e processos cognitivos.

PECS - Sistema de Comunicação por Troca de Figuras

PECS é a sigla que representa o nome em inglês “*Pictures Exchange Communication System*”. É um programa que tem como objetivo desenvolver as habilidades comunicativas, especialmente a expressiva, de pessoas com transtorno autista que não têm linguagem verbal. Foi desenvolvido em 1985, por Andy Bondy e Lori Frost. É utilizado com pessoas que não se comunicam ou que possuem comunicação, mas a utilizam com baixa eficiência (Mello, 2005). As crianças aprendem a trocar figuras por itens que desejam, de forma espontânea em contextos naturais (Miguel, Braga-Kenyon, & Kenyon, 2005a).

A base do programa é comportamental, seguindo o conceito de comportamento verbal de Skinner (Bondy, 2001). Compreende-se que a presença de muitos comportamentos disruptivos em pessoas com autismo pode ocorrer pela função comunicativa que assumem e pela cadeia de aprendizagem que se estabelece quando sequências de desentendimentos são associados (Miguel, et al., 2005a).

O PECS é um sistema de comunicação alternativa que supre uma série de limitações de outros sistemas, quando o público alvo são pessoas com autismo: no caso de linguagem de sinais, depende de muitas habilidades como orientação visual e imitação motora generalizada, além de poucas pessoas nas comunidades serem capazes de se comunicarem através desse sistema. Outros sistemas de comunicação baseados em figuras ou símbolos não costumam ser eficazes com pessoas com autismo porque a aprovação social é frequentemente usada como consequência para o uso correto do sistema, quando crianças com autismo são muito mais motivadas por consequências tangíveis (como uma guloseima ou outra coisa que ela deseje) do que por aprovação (consequências sociais arbitrárias) (Miguel, et al., 2005a).

Tem como vantagem o uso de materiais simples e de baixo custo, com possibilidade de ser portátil, incluindo basicamente um fichário, usado como prancha de comunicação e as figuras, que podem ser criadas, desde que sejam similares aos objetos que representam (pode usar fotografias). As figuras são plastificadas e grudadas com velcro® na capa do fichário. O número de figuras aumenta conforme aumenta o vocabulário da criança e, então, as fichas adicionais podem ser grudadas

em páginas internas do fichário. Com a evolução do aprendizado do PECS, a criança poderá procurar dentro do fichário a figura do que pretende comunicar (Charlop-Christy, Carpenter, Le, Leblanc, & Kellet, 2002; Miguel, et al., 2005a).

O ensino do PECS consiste, basicamente, na aplicação de uma seqüência de seis etapas. As fases são brevemente descritas a seguir, com base em Charlop-Christy, et al. (2002), Miguel, Braga-Kenyon & Kenyon (2005a) e Frost & Bondy (2009).

- *Fase I. Ensinando a troca de figuras:* nessa fase, ensina-se à criança a trocar a figura pelo item correspondente. Para isso, aquele que fará o treinamento já conhece as preferências da criança e disponibilizará visualmente o item à criança, porém fora de seu alcance. Quando a criança tentar pegar o item, um segundo terapeuta dará ajuda física para que a criança pegue a figura e troque com a outra pessoa pelo item desejado. Quando a criança for capaz realizar essa ação sem assistência física, irá para a 2ª fase.

- *Fase II. Espontaneidade:* a criança, nessa fase, aprenderá a mover-se na direção da prancha de comunicação para pegar a figura que representa o item desejado e entregar a figura ao professor, que lhe reforçará com o objeto pedido. Nessa fase, a prancha conterá somente o item favorito da criança.

- *Fase III. Discriminação de figuras:* o objetivo dessa fase é que a criança distinga entre diferentes figuras. Primeiramente, o professor disponibilizará dois cartões na prancha de comunicação: um com a figura do item favorito e outro em branco. A criança terá o apoio físico do professor para pegar a figura do item preferido. Depois, troca-se o cartão em branco por uma figura de algo que a criança não tenha tanto interesse e, gradualmente, adicionar outras figuras, para que a criança faça escolhas. Passa-se para a próxima fase quando a criança conseguir usar corretamente pelo menos cinco figuras.

- *Fase IV. Estruturação de sentenças:* incluindo na prancha um cartão-figura contendo uma figura com os dizeres “Eu quero”, a criança será ensinada a estruturar sentenças com figuras para obter os itens desejados. A criança aprenderá a pedir o item por meio da seleção da figura que será colado no cartão-sentença, em que estará a figura “eu quero”.

- *Fase V. Respondendo à questão “o que você quer?”:* o objetivo dessa fase é que a criança aprenda a selecionar a figura “Eu quero”, a figura do item desejado, colocá-las no cartão-sentença e entregá-las ao professor. O professor incluirá a pergunta “o que você quer?”,

apontando para a figura “Eu quero”. Depois, o professor irá gradativamente aumentando o intervalo entre a sua pergunta e a dica visual (apontar), até que a criança responda à pergunta espontaneamente.

- *Fase VI. Respondendo à questão “o que você vê?”*: essa fase tem como objetivo ensinar à criança a nomear objeto. Incluir-se-á na prancha de comunicação uma figura com os dizeres “O que você vê?”. A evolução dessa fase é misturar as questões “o que você quer?” com “o que você vê?”. Fases adicionais podem ser ensinadas, começando com “sim” e “não”, pedir ajuda.

O PECS tem sido um sistema amplamente utilizado com crianças com autismo, demonstrando ser efetivo como forma de comunicação alternativa (Bondy, 2001; Charlop-Christy, et al., 2002; Mello, 2005). Pode ser utilizado como estratégia para encorajar a fala e desenvolver as habilidades imaginativas (Bosa, 2006).

Treinamento de Integração Sensorial

Integração sensorial é o processo neurobiológico através do qual o sistema nervoso central recebe, registra e organiza a informação sensorial, para, assim, poder oferecer uma resposta adaptada do seu corpo no meio (Silva, et al., 2003). Na década de 1960, Dra. Jean Ayres, psicóloga e terapeuta ocupacional, de Los Angeles, desenvolveu uma abordagem terapêutica baseada na concepção de um sistema nervoso que, em algumas crianças, não consegue integrar ou compreender as informações sensoriais. Essa ‘teoria’ sugere que entender nossos sentidos nos dá uma imagem elaborada do mundo e nos permite planejar o que e como fazer (Williams & Wright, 2008). As bases conceituais da Terapia da Integração Sensorial estão em pesquisas nas áreas de neurociências, psicologia, terapia ocupacional e educação (A. Goldstein, 2006).

A Terapia da Integração Sensorial é orientada por quatro princípios:

1. Desafio na medida certa: a criança deve ser capaz de cumprir com êxito os desafios que são apresentados através de atividades lúdicas;

2. Resposta adaptativa: a criança deve adaptar seu comportamento com as estratégias novas e úteis, como resposta aos desafios apresentados;

3. Motivação: a criança vai querer participar, pois as atividades são divertidas;

4. Terapia direcionada pela criança: as preferências da criança são referências para iniciar experiências terapêuticas dentro da sessão (Goldstein, 2006).

A Terapia da Integração Sensorial é, em geral, realizada por profissionais da área da terapia ocupacional e é voltada para pessoas com disfunções de integração sensorial. A disfunção de integração sensorial é definida como inabilidade para modular, discriminar, coordenar ou organizar sensações de modo adaptativo como resposta adequada às demandas do meio. Podem ser classificadas como problemas de modulação ou falhas na discriminação de estímulos. A modulação sensorial é a capacidade para regular e organizar a intensidade e natureza da resposta aos estímulos sensoriais. Quando os padrões de modulação sensorial são desorganizados, há grande impacto no comportamento e desempenho funcional e podem ser explicações para muitos dos comportamentos de crianças com autismo (Lambertuci & Magalhães, 2005).

A compreensão de que as pessoas com autismo apresentam frequentemente alterações na capacidade de processar os estímulos sensoriais (táteis, vestibulares e proprioceptivos), levando-as a uma deficiência na integração desses no cérebro, é o que justifica essa modalidade de intervenção (Fuentes-Biggi, et al., 2006). Crianças com autismo tendem a ter dificuldades para sintetizar informações sensoriais do ambiente e fornecer respostas apropriadas. O foco da Terapia da Integração Sensorial com crianças com autismo é auxiliá-las na aprendizagem do uso de movimentos adequados a partir da coordenação dos diferentes sentidos (Goldstein, 2006).

Pesquisas que buscaram identificar os benefícios da integração sensorial na intervenção com crianças autistas são controversas: há revisões sistemáticas sobre a eficácia desta terapia em crianças autistas que concluem não haver efeitos positivos significativos e que há falta de evidências sobre sua eficácia, embora se ressalte que não parecem ser prejudiciais e que algumas de suas atividades físicas poderiam ser benéficas. Há críticas afirmando que a “defesa tátil” do autista não é em função da não integração dos estímulos sensoriais, como argumenta essa teoria, mas devida à falta de compreensão sobre o significado social do toque e por problemas com experiências sensoriais incomuns e preocupações (Williams & Wright, 2008).

Em guias gerais de tratamento de autismo, não se encontrou evidências da eficácia de terapias de integração sensorial como tratamento dos sintomas nucleares dos transtornos autistas, porém

aconselham seu uso de forma experimental, sem extrair os demais meios de tratamentos (Fuentes-Biggi, et al., 2006).

Lego®-terapia

Criada por Dr. Daniel B. Legoff, do Center for Neurological and Neurodevelopmental Health (Nova Jersey/EUA), a Lego® terapia consiste em propor que crianças com autismo ou outras desordens de desenvolvimento brinquem livremente com peças plásticas coloridas. Tem por objetivo ampliar a interação e comunicação em crianças com autismo ou outras desordens de desenvolvimento, por meio de um jogo cooperativo e divertido (Gordon, 2009).

A Lego®-Terapia é um tipo de terapia que estimula crianças pequenas com autismo para a construção de modelo de Lego em grupo com outras duas crianças, ganhando a oportunidade de interação social. Crianças que participam dessa atividade são intrinsecamente motivadas pelo Lego®, pois envolve sistemas de construção sequencialmente previsível – o que é muito atrativo para pessoas com autismo (Baron-Cohen, Golan, & Ashwin, 2009).

Na Lego®-Terapia, autistas demonstraram muita afinidade com atividade de construir com blocos, preferindo estruturar a atividade a brincar de forma criativa ou de faz-de-conta. A construção de uma grande estrutura com as pecinhas plásticas requer a cooperação e interação social. Ao estabelecer regras sociais, promovendo interação e partilha, percebeu-se que as crianças realizaram ganhos na interação social e competência social. A intervenção pode ter efeitos positivos, havendo aumento de até 175% na duração de interação social com os colegas durante o jogo livre (Case-Smith & Arbesman, 2008).

Um estudo comparou crianças que receberam Lego®-terapia com crianças similares que receberam terapia de interação social que não a com Legos e, após três anos, o grupo-Lego®-terapia apresentou escores significativamente maiores em escalas de habilidades sociais do que o grupo controle (Gordon, 2009).

Histórias Sociais

Histórias sociais é uma ferramenta para ensinar habilidades sociais que foi criada por Carol Gray (Moore, 2005). São histórias curtas, lidas individualmente para a criança antes de um evento para dar-lhe diretrizes sobre comportamentos esperados, ensinando-a sobre como devem comportar-se durante situações sociais. Geralmente incluem

elogios ou reforço de comportamentos positivos. Têm linguagem descritiva, direta e afirmativa, para ensinar às crianças comportamentos adequados ou positivos (Case-Smith & Arbesman, 2008). Incluem dados sobre as possibilidades das situações sociais, quando e como ocorrerá, perspectivas emocionais do outros envolvidos e as respostas possíveis para a criança (Litras, Moore, & Anderson, 2010).

Escrever uma História Social requer se faça da perspectiva da criança e, para isso, o autor deve ser capaz de obter essa perspectiva. Com crianças de melhor funcionamento cognitivo, pode-se escrever a história e seu desfecho junto dela, discutindo as áreas em que está havendo dificuldades e ajudando o educador, terapeuta ou pai da criança a escrever nessa perspectiva. Quando a criança é não-verbal ou é de menor funcionamento, a tarefa exigirá observação mais cuidadosa por parte do autor.

Uma recomendação importante é que a história enfoque a motivação dos comportamentos e não necessariamente os comportamentos. Por exemplo: se uma criança tem o comportamento de chorar ou fazer birra quando a mãe deixa a sala, a tendência é que se escreva uma história sobre o choro, quando e onde isso pode ou não ser adequado. No entanto, uma abordagem mais eficaz seria escrever uma História Social sobre estar com medo ou frustrado (se esse foi o motivo pelo qual a criança começou a chorar) e como ele poderia lidar com essa situação ("Social Stories Therapy for children with autism," 2009).

As Histórias Sociais são voltadas para uma série de habilidades sociais, incluindo respostas verbais apropriadas para amigos, cumprimentos, evitar contato físico e esperar a sua vez (Moore, 2005). Há estudos que demonstram intervenções com Histórias Sociais para produzir generalização da aquisição de competência (Litras, et al., 2010). Não há pesquisas para verificação dos efeitos da terapia em longo prazo e não há clareza sobre a idade ideal (Case-Smith & Arbesman, 2008).

Desenvolvimento de uma Teoria da Mente

Existem métodos de intervenção para pessoas com autismo que enfocam de maneira mais específica as deficiências fundamentalmente sociais, inerentes a pessoas com transtorno autistas, em especial as relacionadas com a capacidade para compreender as mentes dos outros.

O teste conhecido como “Teste de Sally e Ann”³⁶ pode ser usado como parte da avaliação de crianças mais jovens para explicar e verificar o nível de desenvolvimento da criança em relação à ToM. Consiste em contar para a criança a história de Sally, que tem um cesto e Ann, que tem uma caixa. Sally coloca sua bolinha de gude no cesto e sai da sala. Enquanto Sally não está, Ann pega a bolinha de gude e a coloca na caixa. Sally retorna. Onde ela irá olhar para localizar a bolinha de gude? Crianças com problemas no desenvolvimento da ToM não costumam compreender que Sally não sabe que a bolinha de gude passou do cesto para a caixa. Tendem a confiar na sua própria experiência ou conhecimento sobre a bolinha sem considerar os conhecimentos ou experiências dos outros (Williams & Wright, 2008).

A capacidade de representar mentalmente é requisito básico para alguém ser capaz de inferir sobre o estado mental de outra pessoa ou colocar-se mentalmente no lugar dela. Provavelmente, essa capacidade seja a dificuldade cognitiva básica que sujeitos com autismo apresentam. A habilidade de “ler mentes” tem tamanha importância evolutiva para o ser humano que é processada por uma área inata no cérebro (Beyer, 2002).

Com base nessa dificuldade, Baron-Cohen e colaboradores desenvolveram um programa com o objetivo de ensinar às crianças autistas a utilizarem a ToM. Ressalta-se, contudo, que é necessário que a criança tenha nível intelectual compatível com o aprendizado (Pinheiro & Camargos Jr, 2005). O programa é composto de exercícios, agrupados em três modalidades, que devem ser dominadas na seguinte sequência: 1) a capacidade e possibilidade de interpretar situações afetivas; 2) a interpretação do que denominam de estados informacionais, que incluem a percepção, o conhecimento e a crença; 3) o jogo do faz-de-conta. Cada uma dessas partes é estruturada em cinco níveis sucessivos de complexidade e segue o conhecimento prévio sobre o desenvolvimento normal dos estados mentais (Beyer, 2002).

O trabalho de desenvolver a ToM deve ser realizado sempre a partir do nível 1 de cada modalidade, percorrendo, em seguida, todos os níveis. A Tabela 6 demonstra os níveis de cada modalidade a ser trabalhada.

Tabela 6: Os cinco níveis de ensinamento do estado mental

Fonte: Pinheiro & Camargos Jr. (2005)

³⁶ Há informações conflituosas sobre a autoria do teste: ora creditado a Baron-Cohen (Pinheiro & Camargos Jr, 2005; C. Williams & Wright, 2008), ora a Wimmer e Perner (Beyer, 2002)

		EMOÇÃO	CRENÇA	FAZ-DE-CONTA / FICÇÃO
ível 1	N	Reconhecimento da fotografia facial (feliz/triste/bravo/com medo)	Reconhecimento da perspectiva simples	Jogo sensorio-motor
ível 2	N	Reconhecimento esquemático facial (feliz/triste/bravo/com medo)	Reconhecimento da perspectiva complexa	Brinca deira funcional (< = 2 exemplos)
ível 3	N	Emoções baseadas em situações (feliz/triste/bravo/com medo)	Observação de pistas para entendimento (eu / outro)	Brinca deira funcional (> 2 exemplos)
ível 4	N	Emoções baseadas em desejos (feliz/triste/bravo/com medo)	Crença verdadeira / predição da ação	Fingir brincar (< = 2 exemplos)
ível 5	N	Emoções baseadas em crenças (feliz/triste/bravo/com medo)	Falsa crença	Fingir brincar (> 2 exemplos)

Cada nível em cada modalidade tem propostas de atividades para serem realizadas com as crianças, que buscam apoiar a criança com autismo na construção de habilidades cognitivas, que se caracterizam desde a simples identificação de objetos, passando pela interpretação de situações simbólicas socialmente mediadas até a elaboração de situações de faz-de-conta (Beyer, 2002). Atualmente, existem experimentos interessantes para trabalhar com esse programa por meio de computadores. Baseando-se nos estudos de Baron-Cohen e colaboradores, pesquisadoras brasileiras desenvolveram o *software* “Descobrimo Emoções”, cujo objetivo é trabalhar as incapacidades sociais e comunicativas, proporcionando um melhor desempenho nas interações sociais diárias (Barth, Passerino, & Santarosa, 2005).

Ao se trabalhar com o déficit primário do autismo, que são os prejuízos sociais e de comunicação, contribui-se para a aquisição de novas habilidades – desenvolver o desempenho social pode reduzir

problemas secundários (Pinheiro & Camargos Jr, 2005). Há que se considerar o amplo interesse de pesquisadores e profissionais para investigar o enfoque da ToM, mas não há nenhum dado que indique que esse é o único ou o melhor jeito de ajudar crianças autistas a melhorar suas destrezas de interação social (Howlin, 2008). As melhoras que esse tipo de treinamento proporcionam são reais, mas ainda há é pobre a generalização do aprendizado (Bosa, 2006).

3.4.6 Programas de intervenções baseadas na família

São programas de intervenção que apostam na família como chave para o sucesso no desenvolvimento da criança, em que os profissionais a envolvem com entretenimento, suporte e informações. Nessa classe, incluem-se os Programa Hanen Adaptado e o Modelo Mifne.

Programa Hanen Adaptado

O Centro Hanen, fundado em 1977, na School of Human Communication Disorders na Universidade de McGill, em Montreal, desenvolveu um programa para pais de crianças com transtorno autista, no ano de 1995 (Williams & Wright, 2008).

É um programa que pretende preparar pais para ajudar seus filhos menores de seis anos de idade a aprender a interagir e se comunicar, usando as situações que ocorrem naturalmente no dia-a-dia. O programa é conhecido também como “More than words” (Mais Que Palavras), pois compreende que a comunicação é mais ampla do que o uso de palavras. Tem como lema “para falar, é preciso dois”, dando destaque à importância do outro na relação com a criança que tem atraso no desenvolvimento da linguagem (Williams & Wright, 2008).

Fornece muitas recomendações e orientações para serem exploradas no cotidiano de forma leve e agradável, conforme o estágio de comunicação em que a criança se encontra, que pode ser: estágio de interesses próprios, estágio de pedidos, estágio de comunicação básica ou estágio de parceria (Sussman, 2004).

Modelo Mifne

Mifne é um termo em hebraico que significa “ponto de mudança” (Williams & Wright, 2008). O modelo de tratamento Mifne é um

programa de intervenção precoce do Instituto Mifne, de Israel, que propõe que sejam atendidas famílias de crianças com autismo menores de cinco anos. Essa abordagem tem suas bases teórico-epistemológicas na teoria de Bowlby, incorporando princípios da concepção psicodinâmica de Tustin e da abordagem sistêmica de terapia familiar de Minuchin (Vorgraft, Farbstein, Spiegel, & Apter, 2007).

A abordagem Mifne é um modelo de tratamento de orientação relacional, cujo tratamento tem como objetivos reduzir sintomas comportamentais e favorecer o desenvolvimento de habilidades comunicativas e cognitivas. A abordagem é em torno de brincadeiras recíprocas com a criança no contexto familiar, cujas metas ficam em torno de melhor contato visual, expressão de afeto e conscientização social (Williams & Wright, 2008).

A abordagem Mifne é caracterizada pelos seguintes fatores:

1. Tratamento intensivo: inicialmente, a família suspende sua rotina de atividades e se dispõe ao programa, em local próprio, de modo intenso (oito horas diárias de terapia, sete dias por semana, por três a quatro semanas).

2. Todo o núcleo familiar (pais e irmãos) é coparticipante do processo de tratamento.

3. A terapia é provida paralela e separadamente para os membros da família.

4. Há uma sequência programática, iniciando com tratamento domiciliar por três semanas, seguido por um período intensivo de cuidados em casa e posterior suporte para processo de integração em educação infantil, que pode continuar pelos anos subsequentes.

5. Aplicação da Terapia do jogo recíproco (RPT = Reciprocal play therapy), desenvolvida na Mifne, para engajar a criança.

6. Os terapeutas recrutados são graduados em educação, medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, assistência social e terapeutas da fala. São submetidos a um ano ou mais de cursos de treinamento e recebem credenciais de uma universidade local (Vorgraft, et al., 2007; Williams & Wright, 2008).

Depois que a família retorna para sua casa, um terapeuta do programa acompanha a transição do que vinham fazendo para o lar, ajudando a integrar a criança também na escola e providenciando terapia complementar, se necessário. Há manutenção de relacionamento duradouro entre família e o centro Mifne (Williams & Wright, 2008).

3.4.7 Programas de intervenções voltados para a inclusão social

Existem programas ou modelos de intervenção que têm como objetivo centrar instrumentalizar ou mediar os processos de interação social estruturados, como os de escolarização. Dentre diversas propostas existentes, a saber, pelos relatos de casos (Alves, Coutinho, & Menezes, 2009; Roth, 2006; Silva, 2007), foram encontradas duas com registro sistemático do programa, apresentados a seguir.

Educação Terapêutica

A Educação Terapêutica consiste numa proposta mais contemporânea no campo psicanalítico, que se inclui no campo das conexões da psicanálise com a educação e tem a noção de sujeito do inconsciente como um dos principais fundamentos. Consiste num conjunto de práticas interdisciplinares de tratamento, cuja ênfase está nas práticas educacionais, visando tanto à retomada do desenvolvimento global da criança, quanto à retomada da estruturação do sujeito do Inconsciente, e à sustentação do mínimo de sujeito que uma criança possa ter construído (Kupfer, 2010).

Em termos práticos, são três eixos em torno dos quais opera a educação terapêutica: a inclusão escolar, o tratamento institucional e o tratamento educacional. Em outras palavras: inclusão escolar, mundo simbólico e educação (Silva, 2007). Por meio da educação terapêutica, propicia-se que o acompanhamento escolar das crianças junto de dispositivos institucionais diversos, criados por uma equipe reunida para esse fim, como é o caso de um centro localizado em SP, que inclui atividades como ateliês de cozinha e passeios a museus, entre outros (Colli, 2005).

Na Educação Terapêutica, supõem-se a existência de um sujeito singular nas crianças com distúrbios graves e permite que o professor trabalhe de forma a não considerar o desempenho de seus alunos segundo níveis de desenvolvimento previamente estabelecidos. Apesar de isso levar muitos professores a vivenciarem sentimentos de incapacidade e não-reconhecimento do seu trabalho, essa proposta possibilita ultrapassar posições de descrença na capacidade de aprendizagem e desenvolvimento dessas crianças (Ribeiro & Neves, 2006).

Por fim, tratar do autista é dar-lhes a chance de retomar a estruturação perdida, dando-lhe condições para que a criança possa

encontrar um lugar de enunciação no campo da palavra e da linguagem. Tratar é educar, educar é tratar, e ambos terão a educação regular como um dos campos possíveis (Kupfer, 2010).

Projeto DATA

O Projeto DATA (*Developmentally Appropriate Treatment for Autism* – Tratamento de Desenvolvimento Adequado para Autismo) foi elaborado por uma equipe da Universidade de Washington e financiado pelo Governo Federal dos EUA, e tem como objetivo oferecer um programa escolar inclusivo para crianças com autismo na primeira infância que seja eficaz e aceitável aos usuários (como pais e funcionários da escola) (Schwartz, et al., 2004). O Projeto DATA é um programa de intervenção precoce inclusivo para crianças com autismo com idade entre um e três anos de idade e baseia-se num programa para pré-escolares da Universidade de Washington (Boulware, Schwartz, Sandall, & McBride, 2006). Caracteriza-se pela presença de cinco componentes, construídos a partir da experiência dos autores que publicaram os dois artigos sobre o programa, explicados a seguir.

1) Ambiente na primeira infância de alta qualidade: considerada a base do programa, há ênfase na interação da criança-alvo com o ambiente, composto pelos seus pares, atividades e materiais pré-escolares. Promovem-se atividades em sala de aula que possam proporcionar elevados níveis de engajamento e múltiplas oportunidades para aplicar instrução sistemática para alcançar metas educacionais. Dentre as técnicas, destacam-se cinco:

- Professores treinados para o ensino de competência comunicativa e social, com instrução explícita para que a criança possa agir adequadamente sobre o ambiente (como solicitar materiais preferidos, pedir para não participar de alguma atividade, formar pares para jogar, responder a propostas sociais de seus pares);
- Estratégias de ensino que mantenham o fluxo natural das atividades em sala de aula;
- Professores que oportunizam independência diariamente, em doses adequadas de apoio para gerir os próprios materiais, fazer escolhas e desenvolver habilidades para resolver conflitos e outros problemas;
- Construção sistemática de uma comunidade em sala de aula proativa, que inclua a todas as crianças por meio de atividades de grupo, controle compartilhado de material e

intervenções com estratégias que proporcionem a cada criança momentos para liderar e para seguir;

- Promoção de generalização e manutenção de competências aprendidas, usando materiais comuns em sala de aula e com várias pessoas interagindo com cada criança (Schwartz, et al., 2004).

2) Tempo prolongado de instrução³⁷: o projeto DATA propõe que a criança autista tenha uma jornada de 20h/semanais, com intervenção intensiva e diária, principalmente nas áreas consideradas deficitárias, que foram identificadas por familiares e membros do Programa. Pais e professores são orientados, multidisciplinarmente, para a instrução intensiva, de modo a utilizarem de técnicas de ensino naturalístico, incorporando oportunidades de aprendizagem e metodologias de ensino experimental discretos. Estas estratégias podem ser integradas com sucesso porque são sempre baseadas em informações empíricas sobre a aprendizagem da criança (Schwartz, et al., 2004). Na instrução intensiva, buscam-se referências em outras metodologias, adotando, por exemplo, o modelo 1:1 e o uso de reforçadores (Boulware, et al., 2006), que são característicos da ABA (Braga-Kenyon, et al., 2005). Um componente essencial na jornada estendida é a colaboração entre família e equipe docente, de modo que diferentes objetivos são traçados para a criança e destinados para os seus diferentes campos de vivência cotidianos (sala de aula pré-escolar, domicílio e comunidade), bem como a designação de um membro da equipe profissional para ficar como contato principal com a família e com os envolvidos na jornada ampliada (Schwartz, et al., 2004).

3) Apoio social e técnico para as famílias: na prática, estão entre os serviços: assessoria domiciliar (quando há problemas de comportamentos da criança em casa, como problemas para dormir, uso do banheiro, etc.), onde a equipe profissional provê orientação e aplicação de estratégias de ensino para mudança de comportamentos da criança; coordenação das famílias com recursos que sejam de seu interesse (como grupos de apoio, benefícios do governo, terapeutas da comunidade), apoio e suporte à rede de pais (encontros sistemáticos para repasse de informações sobre temas selecionados pelos pais, como nutrição, questões legais, etc.)

³⁷ Nos EUA, o tempo médio de permanência de crianças na pré-escola é de 12,5 horas semanais. A criança autista chega um pouco antes ou sai depois que as demais crianças, para receber as intervenções intensivas adicionais. Por ser um programa do governo americano, teve-se a preocupação de que a jornada estendida não interferisse no orçamento do transporte escolar, entre outros setores que pudessem ser atingidos (Schwartz, et al., 2004).

4) Colaboração e cooperação entre os serviços: quando as famílias propõem outros serviços de intervenção para a criança que não são componentes do programa (como terapia da fala, terapia ocupacional, puericultura, nutricionista), procura-se, anualmente, reunir todos os envolvidos, junto com a família, para troca de informações.

5) Planejamento sistemático de transição: o coordenador de recursos de cada criança promove o contato entre todas as pessoas envolvidas com o desenvolvimento da criança e, por fim, é o que media com a família o desligamento da criança do programa, preparando-a para a busca de outros recursos e para que a nova escola esteja treinada para receber a criança (Schwartz, et al., 2004).

Tabela 7: Serviços providos aos participantes do Projeto DATA

Fonte: Baseado em Boulware, et al. (2006)

Fator	Arranjo	Horas/semana
Experiência de intervenção precoce de alta qualidade	Integração no grupo 1,5 hora por sessão duas vezes por semana	3
Tempo de instrução estendido	Instrução individualizada 2 horas por sessão três vezes por semana	6
Suporte familiar	Suporte em casa ou na comunidade, por meio de projeto de apoio: 2 horas, cada semana; 5 horas para cada família	7
Total (mínimo)		16

O Projeto DATA compreende que as crianças com autismo são, antes de tudo, crianças e, em razão de sua especificidade, devem ter múltiplas oportunidades de interagir com sucesso, no dia-a-dia, com seus pares de desenvolvimento típico. Ainda, o programa deve ser aceitável para quem o utiliza e deve ser viável nos contextos de escolas públicas.

As principais metodologias aqui elencadas se encontram sistematizadas em uma tabela no APÊNDICE S. Diante de toda a caracterização realizada sobre o autismo, aspectos etiológicos, epistemológicos e de desenvolvimento psicológico, bem como percursos de avaliação e programas de intervenção, encaminha-se para a parte da pesquisa empírica, com explicitação do método, dos resultados da pesquisa, discussão e construção das diretrizes.

4. MÉTODO

“Falta de tempo é a desculpa daqueles que perdem tempo por falta de método.”

Albert Einstein

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa é de natureza descritiva, empírica e de desenvolvimento. É caracterizada como descritiva, pois visa conhecer as práticas intervencionistas com crianças com autismo em idade pré-escolar. Lakatos (1997) entende que a natureza descritiva de uma pesquisa acentua a capacidade de observação do pesquisador, gera as bases para a identificação e categorização das variáveis que definem o objeto de investigação.

É empírica, pois visa compreender, com base nas características, modelos e técnicas de intervenção, resultados e repercussões dos métodos de intervenção no âmbito dos transtornos de desenvolvimento do espectro autista em crianças. Para Demo (2000), o fato de uma pesquisa ser empírica expressa o tratamento da "face fatural da realidade" (p. 21) e a "possibilidade de oferecer maior concretude às argumentações, por mais tênue que possa ser a base fatural" (p. 37).

É também considerada uma pesquisa de desenvolvimento (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1999; Fleith & Costa Júnior, 2005), pois, com base na sistematização desses conhecimentos teóricos e empíricos, buscou-se elaborar um dispositivo (diretrizes) para consulta e orientação de profissionais nas práticas intervencionistas com crianças com autismo em idade pré-escolar. A seguir, apresentam-se delimitações conceituais, técnicas e metodológicas do objeto de investigação.

Terminologias adotadas

Uma delimitação necessária nessa pesquisa é de ordem conceitual. O termo *clínico-educacional* conjuga duas noções: 1) clínica: da prática profissional direta sobre o objeto de intervenção, por meio da observação direta do paciente ou fundada nessa observação direta, cuja avaliação confia mais na *intuição* do profissional do que em

medições ou na integração intuitiva das medições (Cabral & Nick, 2003); 2) educacional: refere-se ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de funções ou faculdades humanas por meio de processos de aprendizagem em relações interpessoais (Cabral & Nick, 2003). Portanto, a articulação desses termos representa a intervenção do profissional em situações psicoeducacionais interativas com a criança autista, com vistas ao desenvolvimento de habilidades e aperfeiçoamento, excluindo, nessas diretrizes, intervenções como as farmacológicas ou cirúrgicas. As diretrizes clínico-educacionais visam caracterizar às condições de desenvolvimento que representam uma espécie de “via final comum” do quadro autístico.

O termo *diretrizes* é definido pelo dicionário como “linha reguladora de um caminho ou estrada, de um plano, um negócio, ou de procedimento; diretiva” (Michaelis, 2008). Nessa pesquisa, esse termo abarca o sentido de eixos norteadores de ações, adjetivado pelo conceito “clínico-educacional”, significando eixos clínico-educacionais norteadores da intervenção no desenvolvimento de crianças autistas.

Nesse sentido, esta pesquisa buscou construir um conjunto de instruções que possam servir como guia orientador de práticas profissionais na intervenção sobre o desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autista em idade inferior a seis anos.

Idade das crianças contempladas nas diretrizes clínico-educacionais

Partiu-se do entendimento de que se deve considerar a fase de desenvolvimento como critério para a escolha de objetivos de intervenção (Roca & Cuxart, 2002). A construção de diretrizes, portanto, como eixos norteadores para o planejamento de práticas intervencionistas, é um processo que deve levar em consideração a faixa etária dos sujeitos alvo-da-intervenção. Esta pesquisa delimitou a fase pré-escolar, considerando a idade das crianças autistas contempladas pelas diretrizes clínico-educacionais, ou seja, até seis anos de idade.

A construção das diretrizes, apresentada no próximo capítulo, considerou que a fase a fase pré-escolar é reconhecidamente um período de aquisição dos padrões globais de desenvolvimento, em que as interferências externas, como é o caso da intervenção profissional, promovem grande impacto no curso do desenvolvimento das crianças (Bryson, et al., 2003; Golse, 2005). E, na medida em que os seres humanos avançam em idade, torna-se mais difícil estabelecer regras de desenvolvimento psicológico em razão das influências ontogenéticas e

da história de cada pessoa. Isso significa dizer que, quanto mais velho um ser humano, mais ele fica sujeito à sua história do que

Além disso, a escolha por essa faixa etária também considera que a intervenção precoce caracteriza-se não somente como medida de reabilitação, mas, antes, como medida preventiva, uma vez que o autismo pode ser considerado um transtorno que, embora inato no potencial de desenvolvimento, se constitui a partir de diversos efeitos advindos de encontros do equipamento neuro-bio-psicológico com o ambiente biológico, cognitivo e relacional, que podem favorecer mais ou menos ao desenvolvimento da condição “autistisante” na qual a criança se encontra (Golse, 2003, 2005).

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a construção das diretrizes clínico-educacionais para intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com autismo, a pesquisa seguiu um fluxo de procedimentos cujas tônicas estiveram em dois campos: teórico-técnico e empírico. O primeiro se caracterizou pela coleta de dados em contexto de literatura científica e documentos governamentais que trouxessem diretrizes para ações de tratamento na área do autismo. Já o campo empírico, houve interação com profissionais e instituições especializados no atendimento de crianças com autismo, havendo o compartilhamento de experiências e práticas nesse âmbito. A figura 6 apresenta o fluxograma dos procedimentos centrais da pesquisa.

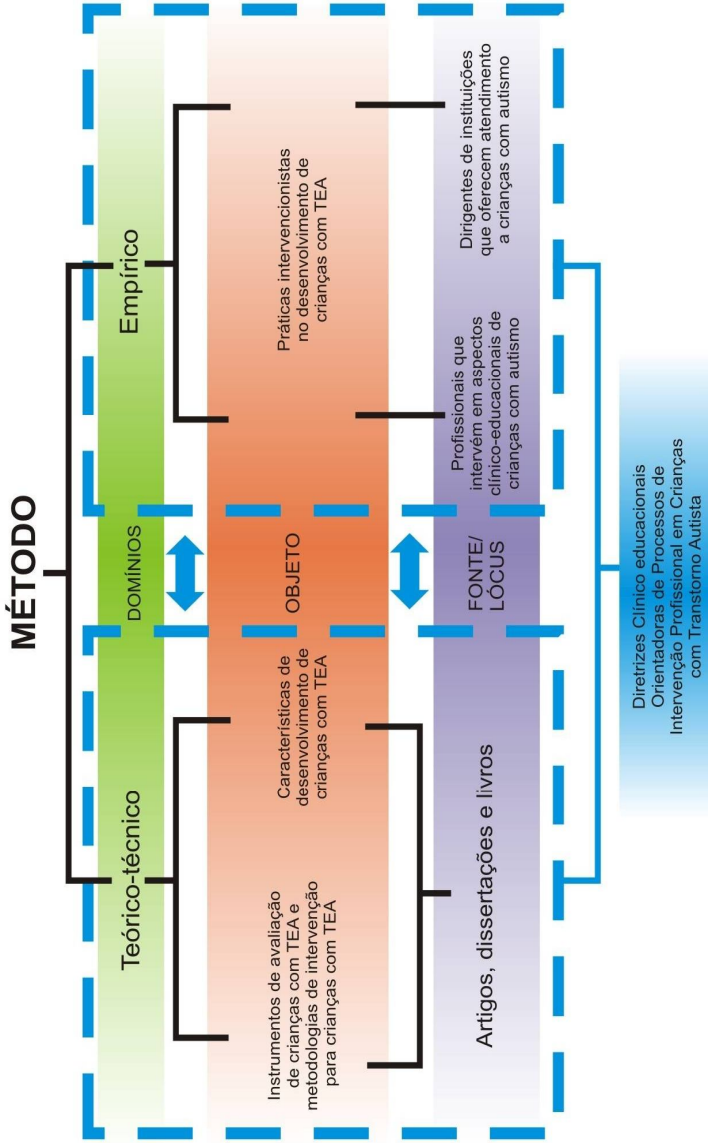


Figura 6: Esquema geral da estrutura do método de pesquisa

Verifica-se, numa leitura horizontalizada da estrutura do método de pesquisa, que dois blocos se destacam, referindo-se aos dois domínios de investigação da pesquisa: domínio teórico-técnico e domínio empírico. Cada domínio apresenta especificidades quanto ao objeto, fontes, procedimentos, e instrumento de coleta de dados e procedimentos para análise dos dados. O domínio teórico-técnico constituiu-se do levantamento e sistematização de conhecimentos gerados na área de estudo em questão (teorias e pesquisas sobre o desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista e métodos de avaliação e intervenção referentes a crianças com transtorno do espectro autista). O segundo domínio, denominado “domínio empírico”, teve como objeto de investigação as práticas de intervenção sobre o desenvolvimento de crianças com autismo em idade pré-escolares, acessando, assim, o *modus operandi* desses profissionais e das instituições representadas por profissionais técnicos.

Os dados coletados desses dois blocos de investigação justapuseram-se em seus sistemas de análise e síntese, relacionaram-se e formaram uma “malha”, fazendo emergir as diretrizes clínico-educacionais para orientar profissionais em processos de intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno autista. As diretrizes compõem-se de princípios orientadores e eixos do desenvolvimento psicológico das crianças com transtorno do espectro autista. As diretrizes são o produto científico dessa pesquisa e vêm acompanhadas de um Glossário Teórico-técnico (APÊNDICE B), que reúne os principais termos relacionados ao transtorno do espectro autista (aspectos históricos, teorias explicativas, características, metodologias).

As informações sobre o método planejado para o percurso de investigação são organizadas linearmente, por razões didáticas, a partir do próximo item, mas não representam a sequência de ocorrência desses momentos. Enquanto a figura 6 demonstrou o fluxograma estrutural da pesquisa, a Figura 7 procura demonstrar o movimento funcional do método da pesquisa.

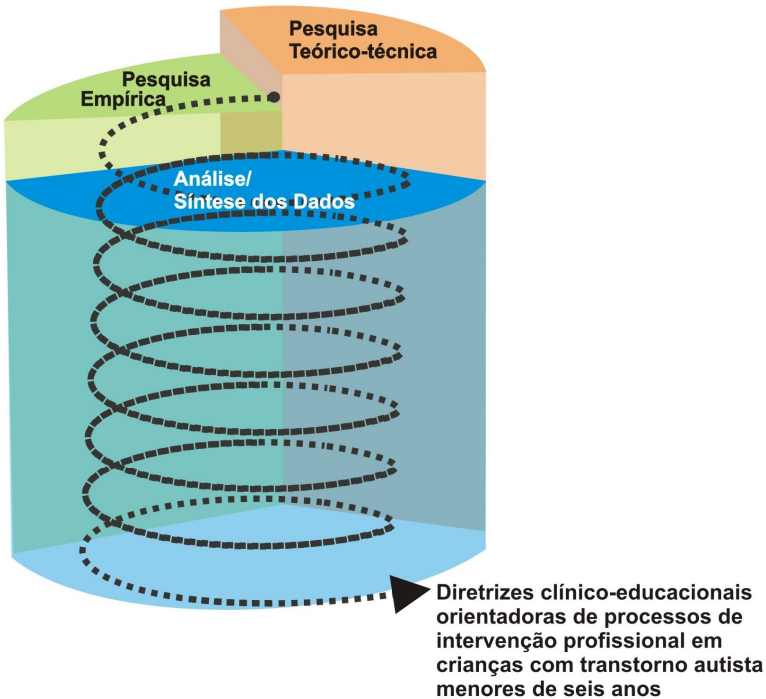


Figura 7: Movimento funcional do método da pesquisa

A pesquisa teórica foi o primeiro passo relativamente sistemático na direção de respostas ao problema de pesquisa, o que possibilitou a construção dos itens dos primeiros questionários e a coleta inicial dos dados com os profissionais e instituições experientes no atendimento de crianças com autismo, seguido por uma pré-análise dos dados. O estudo teórico paralelo provocou a necessidade de busca de novos dados, promovendo construção de questionários complementares e nova coleta de dados. Os dados coletados na primeira e segunda etapas foram analisados em função do refinamento da pesquisa teórica realizada. Analisar, sintetizar e sistematizar dados que, em sua maioria, estão disponíveis de forma difusa só foi possível pela adoção de processos cognitivos de indução-dedução (representados pelas linhas pontilhadas em forma de espiral) em todo o percurso da pesquisa, atravessando cada

plano da pesquisa, “costurando-os”, e aproveitando os elementos mais relevantes para o desenvolvimento das diretrizes clínico-educacionais orientadoras de processos de intervenção sobre o desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autista menores de seis anos.

4.2.1 Procedimentos de coleta e análise de dados do domínio teórico-técnico

A etapa da pesquisa do domínio teórico-técnico compreendeu a busca de referências de produções técnicas, teóricas e científicas, nacionais e internacionais, sobre diretrizes clínico-educacionais orientadoras dos processos de intervenção com crianças com transtorno autista. As produções incluíram: instrumentos para avaliação (tanto para diagnóstico diferencial quanto para caracterização das condições clínicas), metodologias de intervenção, artigos teóricos sobre o desenvolvimento de crianças autistas, produto ou não de pesquisas empíricas.

Esta etapa ocorreu de forma sistematizada, de modo que a busca inicial de artigos foi organizada a partir de categorias temáticas e respectivos descritores, intrínsecos ao objeto de estudo e, depois, contou com a busca de artigos específicos a partir das indicações nas referências dos primeiros artigos. Inicialmente, foi privilegiado o uso de duas bases de dados, a PsycInfo e PubMed, tendo em vista: 1º) o reconhecimento de que o autismo é tema mais amplamente evocado em revistas de teor científico médico e psicológico; 2º) o fato de que a ênfase desta pesquisa está na compreensão clínica da síndrome do autismo e seus aspectos de desenvolvimento e 3º) que as duas bases de dados são referências internacionais nas áreas de Psicologia e Medicina, respectivamente. Contudo, ambas as bases de dados, embora apresentassem número significativo de artigos na área pesquisada, em geral, disponibilizavam apenas os resumos. Em função disso, foram agenciadas novas fontes de pesquisa para acessar artigos na íntegra. As fontes *on-line* privilegiadas para a pesquisa bibliográfica foram, portanto, o *Scielo*, *Sagepub* e *BVSPsi*. O portal virtual *Google Acadêmico* foi utilizado como meio de busca de artigos específicos, como, por exemplo, aqueles indicados entre as referências de outros artigos.

A revisão de literatura realizada no período anterior ao planejamento da pesquisa favoreceu à eleição de descritores, organizados em categorias (Tabela 8). Cabe ressaltar que o objetivo desse levantamento teórico não foi compreender a predominância de um tipo ou outro de instrumentos, métodos ou teorias. Portanto, a apropriação dos resultados privilegia a relevância das informações, não a prevalência com que apareceram.

Tabela 8: Descritores para pesquisa bibliográfica

1ª pré-categoria: diretrizes para o desenvolvimento psicológico		
Transtorno autista / autism spectrum disorders OU Autismo / autism OU transtorno do desenvolvimento / disabilities OU transtorno invasivo OU pervasive developmental disorders	E	desenvolvimento / development OU desenvolvimento psicológico / psychological development OU educação / education OU tratamento / treatment OU intervenção precoce / early intervention OU prevenção / prevention OU atenção compartilhada / joint attention OU teoria da mente/ theory of the mind
2ª pré-categoria: instrumentos para avaliação de crianças com autismo		
Transtorno autista / autism spectrum disorders OU Autismo / autism OU transtorno do desenvolvimento / disabilities OU transtorno invasivo OU pervasive developmental disorders	E	avaliação / assesment / valuation OU diagnóstico / diagnosis OU teste / test OU
3ª pré-categoria: metodologias para intervir no desenvolvimento de crianças com autismo		
Transtorno autista / autism spectrum disorders OU Autismo / autism OU transtorno do desenvolvimento / disabilities OU transtorno invasivo OU pervasive developmental disorders	E	Método / method OU metodologia / methodology OU programa de intervenção / intervention program OU protocolo / protocol OU currículo / curriculum
4ª pré-categoria: protocolos		
Transtorno autista / autism spectrum disorders OU Autismo / autism OU transtorno do desenvolvimento / disabilities OU transtorno invasivo OU pervasive developmental disorders	E / OU	Protocolo / Guia de practicas / Guidelines Diretriz(es)

Realizou-se, ainda, busca de outros materiais (livros, manuais técnicos) que estavam indicados nas referências dos artigos selecionados, quando se considerou que continham informações ou dados que interessassem ao propósito da pesquisa. A seleção dos artigos ocorreu, inicialmente, a partir da leitura dos resumos, buscando identificar se o conteúdo interessava à composição do banco de dados para a construção de diretrizes clínico-educacionais para intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com autismo de até seis anos de idade. Em alguns materiais (como livros, manuais técnicos e artigos) foi necessária uma leitura exploratória de todo o texto para que a seleção fosse realizada com maior precisão.

A seleção totalizou aproximadamente 220 materiais catalogados. O passo seguinte utilizou a leitura como técnica básica para a coleta de dados, seguindo orientações procedimentais de Lima & Miotto (2007). Os materiais foram classificados de acordo com a predominância do conteúdo, criando-se quatro outras categorias: desenvolvimento psicológico, avaliação, intervenção, protocolo, conforme apresenta a Tabela 9. A exploração do material se deu a partir de roteiros de leitura (APÊNDICES C, D e E³⁸), construídos a partir das pré-categorias do momento da pesquisa bibliográfica.

Tabela 9: Categorias temáticas para classificação dos materiais na etapa de pesquisa bibliográfica

Categoria	Critérios
1. Desenvolvimento psicológico	Conteúdos centrados em processos e funções psicológicas, áreas e expectativas de desenvolvimento psicológico em relação à idade.
2. Avaliação	Predomínio de aspectos relativos a processos de avaliação, diagnóstico, instrumentos de testagem, validação de instrumentos.
3. Intervenção	Contribuições centradas em metodologias de intervenção, estudos de caso a partir de propostas de tratamento e/ou educação, programas e/ou modelos de intervenção precoce, medidas de prevenção primária, secundária ou terciária relacionadas ao autismo, diretrizes de tratamento para autismo.
4. Protocolo	Contribuições sobre construção de protocolos na área da saúde em geral, sistematização de procedimentos de intervenção, diretrizes de atenção básica para populações específicas. Artigos que utilizaram terminologias como <i>management</i> , <i>practice parameter</i> , <i>guidelines</i> , <i>guia de praticas</i> , foram classificados nessa categoria.

³⁸ Os materiais classificados na categoria “protocolos” não foram lidos a partir do roteiro sistemático de leitura em função da diversidade das estruturas dos artigos e, com isso, houve dificuldade para extrair elementos comuns entre eles. Para captar de forma sintética os conteúdos que seriam úteis para o intento da pesquisa, a pesquisadora realizou fichamentos dos materiais. Um modelo de fichamento é apresentado no APÊNDICE R.

O roteiro de leitura de cada categoria foi composto de itens tais como identificação da obra (referência e forma de acesso), caracterização geral (tema, objetivo, se empírico ou teórico, paradigma teórico, conceitos centrais relativos a diretrizes de tratamento, caracterização de metodologia, caracterização de instrumentos) e contribuições da obra para a pesquisa (registro de reflexões, questionamentos e encaminhamentos suscitados pela leitura da obra, bem como na indicação de como podem ser utilizados na elaboração do texto final). Apenas na categoria “protocolo” não foi estruturado um roteiro de leitura sistematizado, pois, além dos materiais terem formato significativamente diversificado, o que interessava não eram conceitos ou ideias, mas referenciais estruturais.

Alguns artigos foram classificados em mais de uma categoria. Por exemplo, o artigo intitulado “*Guia de buenas practicas para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista*”, de Díez-Cuervo et al (2005), foi classificado nas categorias 2 e 4, por referir conteúdos significativos referente a processos de avaliação de indivíduos com autismo e, também, oferecer modelo estrutural de protocolo. O artigo “*Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders*”, de Johnson & Myers (2007), enquadrou-se nas categorias 1 e 2, pois centra sua discussão na detecção precoce (diagnóstico) e, para isso, descreve com detalhes as características de desenvolvimento de crianças com autismo. O artigo “*Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management*”, de Bryson et al. (2003), foi classificado nas categorias 2 e 3, tendo como conteúdo predominante a detecção e a intervenção precoce.

Os dados coletados foram analisados numa abordagem qualitativa, destacando-se ideias e resultados relevantes que compuseram os fundamentos teóricos da pesquisa e foram articulados com o capítulo de “discussão de resultados”, que apresenta as diretrizes de tratamento para intervenção precoce em crianças com autismo. Cabe citar que esse momento da pesquisa teve também como produto um *glossário teórico-técnico*, que reúne conceitos frequentemente encontrados na literatura científica e técnica acerca do autismo (APÊNDICE B).

Uma consideração adicional sobre o processo de construção dos resultados: o movimento de investigação em campo teórico pode ser considerado o lugar em que se aglutinam os referenciais mais sofisticados em termos de produção de conhecimento a respeito do

autismo e metodologias de intervenção. Por isso, inicialmente, pretendia-se construir as diretrizes de intervenção sobre o autismo unicamente a partir dos referenciais teóricos – legitimados no campo científico.

Além disso, a expectativa da construção do protocolo e suas possíveis repercussões nas práticas de intervenção no desenvolvimento de crianças com autismo produziu a necessidade de uma aproximação com quem tem experiência nessas práticas. Compreendeu-se que nas vivências de profissionais, nas preocupações cotidianas e nas decisões que tomam no dia-a-dia do trabalho realizado com crianças autistas haveria indicativos importantes para comporem as diretrizes de tratamento de crianças com autismo. Acessar essas práticas seria a forma de tornar as diretrizes viáveis, do ponto de vista prático.

4.2.2 Procedimentos de coleta e análise de dados do domínio empírico

Foram selecionados a participar da pesquisa, profissionais que se declararam especializados na intervenção clínico-educacional em crianças com autismo em idade pré-escolar há, no mínimo, dois anos, e instituições que se definiram especializadas no atendimento de crianças com autismo, os quais são tratados ao longo do texto como *profissionais* ou *profissionais especialistas* e *instituições* ou *representantes institucionais*, respectivamente, conforme o contexto em que são tratados.

Seleção e caracterização dos participantes

A seleção dos profissionais e instituições ocorreu por conveniência. A pesquisadora construiu um banco cadastral de profissionais e instituições brasileiros que trabalham com crianças com autismo. O recrutamento de ambos ocorreu por meio de contatos pessoais (em eventos científicos e educacionais, como cursos, congressos, visitas profissionais), indicação de profissionais e instituições pelos que já estavam cadastrados e por meio de *web pages* que divulgam o autismo no Brasil³⁹, onde estão cadastrados profissionais, de diferentes formações, que se declaram experientes no atendimento a crianças com autismo.

³⁹ Por exemplo: www.autismo.br; www.InspiradosPeloAutismo.com; www.autismo.org.br.

Foram convidados a participar da pesquisa em torno de 80 profissionais, através de correspondência eletrônica (*e-mail*) (APÊNDICE F) e cerca de 30 instituições foram contatadas via telefone. Muitos dos endereços eletrônicos cadastrados não estavam atualizados (os *e-mails* retornaram) e outros não responderam ao *e-mail*. Ao todo, em torno de 70 profissionais e instituições aceitou participar da pesquisa, correspondendo a esse número a quantidade de questionários enviados na primeira etapa da coleta de dados. Esses profissionais e instituições forneceram, inicialmente, via *e-mail* ou telefone, informações relevantes como formação, tempo de intervenção com crianças com autismo e endereço para onde se poderia enviar o material. Houve a preocupação de estender a base de coleta de dados para as diferentes regiões do Brasil.

Por fim, 25 profissionais, que tinham pelo menos dois anos de experiência no atendimento a crianças com autismo, e 13 instituições que se declararam especializadas no atendimento de crianças com autismo, retornaram os questionários e participaram da pesquisa. A tabela 10 apresenta a caracterização geral dos participantes, de forma sintética.

Tabela 10: Caracterização dos participantes profissionais da pesquisa

PP ⁴⁰	Formação acadêmica	LOCALIZAÇÃO (cidade/estado)	Tempo que intervém com autismo	Qualificações profissionais					
				Espec.	Form.	Cursos	Mestr.	Dout.	Pós-Dout.
1	Fonoaudiologia	Curitiba/PR	20 anos	X	X	X			
2	Psicologia	Porto Alegre/RS	5 anos		X				
3	Terapia ocupacional	Joinville/SC	10 anos	X	X	X			
4	Psicologia	São Paulo/SP	15 anos		X		X		
5	Psicologia	Maceió/AL	10 anos	X	X	X			
6	Psicologia	Rio de Janeiro/RJ	9 anos	X	X		X	X	
7	Fonoaudiologia	Porto Alegre/RS	13 anos		X				
8	Psicologia	Dourados/MS	5 anos	X	X	X	X		
9	Psicologia	Rio de Janeiro/RJ	20 anos		X		X	X	
10	Psicologia	São Paulo/SP	12 anos	X	X	X			
11	Psicologia	São Paulo/SP	8 anos		X	X			
12	Psicologia	Porto Alegre/RS	20 anos		X		X	X	X
13	Psicologia	Curitiba/PR	34 anos		X	X	X	X	X
14	Psicologia	Curitiba/PR	3 anos						
15	Terapia ocupacional	Curitiba/PR	2,5 anos	X					
16	Pedagogia	Belém/PA	2,5 anos		X	X			
17	Psicologia	Taubaté/SP	23 anos		X	X	X	X	
18	Psicologia	Curitiba/PR	24 anos	X	X	X	X	X	
19	Psicologia	Rio de Janeiro/RJ	11 anos	X	X	X			
20	Terapia ocupacional	Porto Alegre/RS	7 anos		X	X	X	X	
21	Pedagogia da Educação Especial	Porto Alegre/RS	3 anos	X					
22	Psicologia	Ipatinga/MG	3 anos	X	X	X			
23	Psicologia	Belo Horizonte/MG	3 anos						
24	Fonoaudiologia	Belo Horizonte/MG	12 anos	X	X	X			
25	Terapia ocupacional	Belo Horizonte /MG	18 anos	X		X			

A maioria dos participantes tem formação na área de psicologia (16), seguidos por terapeutas ocupacionais (4), fonoaudiólogos (3) e pedagogos (2). Apesar do recrutamento de participantes ter se dado privilegiadamente pelo meio virtual, a concentração maior ocorreu de participantes reside no sul e sudeste, correspondendo a onze em cada

⁴⁰ PP = Participante – Profissional

região, havendo mais um participante no nordeste, um no centro-oeste e um no norte do país. Em sendo por conveniência, também chamou a atenção o fato da maioria dos participantes ter formação em Psicologia (16 de 25). Uma das explicações possíveis é em razão da rede de contatos da pesquisadora “atrair” mais profissionais de sua própria categoria profissional (já que o banco de dados foi construído também via participação de eventos – cursos, congressos).

O critério de ter no mínimo dois anos de experiência no atendimento a crianças com autismo atendeu-se com média significativamente alta: 11,7 anos, com desvio padrão de 8,2 anos, indicando uma também alta variabilidade (de 2,5 anos a 34 anos). Além da experiência, os profissionais declararam alto nível de qualificação, de modo que a maioria realizou formação, especialização ou cursos na área. Nove dos 25 participantes profissionais têm mestrado na área, sete também têm doutorado e dois deles têm pós-doutorado.

A outra categoria de participantes da pesquisa são instituições especializadas no atendimento a crianças autistas, que foram representadas por algum profissional técnico. A caracterização geral das instituições e suas atividades estão demonstradas na tabela 11.

Tabela 11: Caracterização das instituições participantes da pesquisa

PI	Localização e tempo de funcionamento	Número de autistas em atendimento*	Número de autistas em idade pré-escolar em atendimento**	Profissionais que compõem a equipe							Outros
				Educador/Professor	Piscopedagogo	Psicólogo	Fonaudiólogo	Terapeuta ocupacional	Fisioterapeuta		
1	Ribeirão Preto/SP, 21 anos	26	2	X	X	X	X	X	X	X	Educador físico, Psiquiatra, Assistente social
2	Campo Grande/MS, 19 anos	47	4	X	-	X	X	X	X	X	Musicoterapeuta
3	Criciúma/SC, 5 anos	51	8	X	X	X	X	X	X	X	Educador físico, Professor de artes
4	Lages/SC, 3 anos	24	4	-	-	X	-	-	-	-	Assistente social
5	Taubaté/SP, 12 anos	3	0	-	X	X	X	X	X	X	-
6	Fortaleza/CE, 16 anos	288	54	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Não respondeu
7	Ponta Grossa/PR, 10 anos	NR	NR	NR	-	X	X	X	X	X	Educador físico
8	Joinville/SC, 21 anos	34	4	X	X	X	-	X	X	-	Educador físico, Professor de artes

*PI = Participante – Instituição

Continuação da Tabela 11: Caracterização das instituições participantes da pesquisa

PI	Localização e tempo de funcionamento	Número de autistas em atendimento*	Número de autistas em idade pré-escolar em atendimento**	Profissionais que compõem a equipe							Outros
				Educador/Professor	Psicopedagogo	Psicólogo	Fonoaudiólogo	Terapeuta ocupacional	Fisioterapia		
9	Jaraguá do Sul/SC, 18 anos	22	2	X	X	X	X	X	-	-	Educador físico
10	São Paulo/SP, 25 anos	170	12	X	-	X	X	-	-	X	Educador físico
11	Curitiba/PR, 11 anos	60	15	X	X	X	X	-	-	X	Educador físico, Professor de artes, Musicoterapeuta
12	Fratiburgo/SC, 13 anos	2	2	X	X	-	-	-	-	X	Educador físico, Professor de artes
13	Prassumanga/ SP, 17 anos	60	8	X	X	X	X	X	X	X	Educador físico, professor de artes, Arteterapeuta, Enfermeiro, Pediatra, psiquiatra, neurologista e dentista, assistente social

* Quantidade de autistas atendidos no momento em que o questionário foi respondido.

** Quantidade de autistas em idade pré-escolar atendidos no momento em que o questionário foi respondido.

Das treze instituições que participaram da pesquisa, cinco localizam-se em cidades de Santa Catarina, duas no Paraná, quatro em São Paulo, uma no Mato Grosso do Sul e uma no Ceará, e o tempo de funcionamento varia de 3 a 25 anos, com média de 14,7 anos. A quantidade de pessoas com autismo atendidas pelas instituições é bastante variada. A instituição participante de maior porte atende 288 pessoas, sendo 54 em idade pré-escolar. Já as menores atendem 2 e 3 crianças com autismo, no momento em que responderam ao questionário.

O quadro profissional das instituições é composto, em geral, por educadores/professores (em 9 instituições), educadores físicos (em 9), psicopedagogos (em 8), psicólogos (em 10), fonoaudiólogos (em 9), terapeutas ocupacionais (em 8) e fisioterapeutas (em 9). Além disso, algumas instituições possuem assistente social (em 3 instituições), professor de artes e/ou arteterapeuta (em 5), musicoterapeuta (em 2), psiquiatra, neurologista ou pediatra (em 2), enfermeiro (em 1) e equipe de estagiários e/ou voluntários nas salas de aula (em 3).

Caracterização dos instrumentos de pesquisa

Para a etapa da coleta de dados foram construídos dois questionários (APÊNDICE G e H). A construção do questionário para profissionais (QPP) deu-se a partir três grandes categorias: 1) aspectos de identificação do profissional (localidade, natureza da formação acadêmica, técnica e teórica, tempo de formação); 2) aspectos da intervenção (caracterização da intervenção com crianças com autismo quanto à natureza, áreas de desenvolvimento enfatizadas, metodologias, instrumentos e técnicas, tempo de intervenção com a criança) e 3) bases teóricas e epistemológicas da prática profissional e implicações na intervenção (crenças sobre o ideal de intervenção da criança com autismo, indicações terapêuticas paralelas, visão sobre processos de escolarização no ensino regular).

A construção do questionário para instituições especializadas (QPI) ocorreu, também, a partir de três grandes categorias: 1) identificação geral da instituição (público alvo, tempo de existência, número de pessoas atendidas, quadro profissional, principais propostas de atendimento, principais atividades oferecidos, qualificação dos profissionais); 2) aspectos da intervenção (caracterização das intervenções realizadas quanto a objetivos, modalidade, tempo de permanência da criança na instituição, capacitação dos profissionais,

metodologia e instrumentos de avaliação adotados) e 3) bases teóricas e epistemológicas das práticas intervencionistas (crenças sobre o ideal de intervenção para com a criança com autismo quanto a tempo, natureza das intervenções, conhecimentos necessários aos profissionais que intervêm, visão sobre processos de escolarização no ensino regular).

É importante mencionar que os questionários foram construídos em duas etapas. De posse das respostas da primeira etapa, no exercício de pré-análise, junto ao aprofundamento na pesquisa bibliográfica, reconheceu-se a necessidade de realizar outros questionamentos, com maior ênfase na categoria 3 (bases teóricas e epistemológicas das práticas intervencionistas), buscando maior compreensão sobre o que os profissionais experientes (especialistas autônomos ou representantes de instituições especializadas) reconhecem ser ideal no que se refere ao atendimento das necessidades do melhor desenvolvimento de crianças com autismo em idade pré-escolar, bem como a visão desses profissionais sobre o tipo de conhecimento que pais deveriam ter em relação ao desenvolvimento de seus filhos. O QPP foi composto por 29 itens, na primeira etapa, com acréscimo de 9 itens na segunda etapa, o qual foi denominado QPPc (APÊNDICE I). O QPI foi formulado inicialmente com 33 itens, com acréscimo de 15 itens na segunda etapa, sendo denominado QPIc (APÊNDICE J). Ambos os questionários tiveram questões dos tipos “fechada”, semi-estruturadas e abertas.

Procedimentos para coleta de dados

Os questionários foram enviados pelo serviço brasileiro de postagem (Correios)⁴¹, juntamente com: carta de apresentação (APÊNDICE L), duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – *tipo profissional*⁴² (APÊNDICE M) e um envelope, selado e preenchido, para que o questionário e uma via do TCLE, preenchidos, retornassem à pesquisadora⁴³. Os participantes que não reenviaram o material respondido e assinado no tempo esperado, foram novamente

⁴¹ Três conjuntos de questionários e TCLE foram entregues pessoalmente, pois são de profissionais/ instituições facilmente acessados, geograficamente, pela pesquisadora.

⁴² As duas vias do TCLE foram enviadas assinadas pela pesquisadora (denominada *pesquisadora principal*) e pelo orientador (denominado *pesquisador responsável*).

⁴³ Um dos participantes profissionais replicou o material (questionário e TCLE), por conta própria, e recrutou mais 5 profissionais da sua região para responder à pesquisa. Por isso, a diferença entre o número de questionários enviados e o número de questionários que retornaram tornou-se relativo (seria uma diferença maior, caso não houvesse esse acréscimo de cinco participantes não constantes na relação de questionários enviados).

contatados através de correspondência eletrônica (*e-mail*) e/ou telefone, para verificar se haviam recebido o material, reforçando o pedido de envio (APÊNDICE O). Por fim, de cerca de 70 questionários enviados (entre QPC e QPI), obteve-se uma amostragem de 38 participantes, sendo 13 instituições e 25 profissionais especializados.

Como já exposto, a coleta de dados com participantes (profissionais e instituições) se deu em duas etapas, pois houve o envio de um questionário e, num segundo momento, o envio de questões complementares. Cumpre informar que o número de participantes da segunda etapa da coleta de dados do domínio empírico (por meio do QPPc e QPIc) é inferior ao da primeira etapa, pois alguns participantes não retornaram os questionários respondidos. Na categoria “profissionais especializados”, 16 dos 25 participantes da 1ª. etapa responderam ao QPPc. Na categoria “instituições”, 9 das 13 instituições responderam ao QPIc.

Procedimentos para análise dos dados

Com base nos dados coletados no domínio empírico, partiu-se para a análise. As respostas às questões configuradas como “fechadas” foram quantificadas por ocorrência. As questões semi-estruturadas (que permitiram expressões além do assinalamento de alternativa já oferecida no questionário, como foi o caso dos itens 4 e 7, dos QPI e QPP, respectivamente) foram organizadas nas categorias pré-determinadas e em novas categorias compostas por informações não previstas.

As respostas às questões abertas (como na questão “o que você considera que é essencial para um autista aprender?”) foram analisadas a partir da compreensão dos sentidos por meio dos componentes lógico-semânticos presentes nas respostas dos participantes, ou seja, por análise de conteúdo (Franco, 2008). A compreensão dos sentidos das palavras foi ponto de partida para agrupamento das respostas em categorias e, por sua vez, em núcleos temáticos. Os questionários exigiram um movimento de análise transversal, uma vez que os respondentes traziam informações correlacionadas em espaços diversificados do instrumento, aproveitando para se expressar nas questões abertas ou mesmo no campo “outros” de alguns dos itens.

Enfatiza-se que o propósito desse momento da pesquisa foi conhecer a opinião de profissionais experientes sobre o que recomendam prestar atenção quando se intervém com crianças com autismo em idade pré-escolar. Não se pretendeu identificar o perfil dos

profissionais brasileiros ou das instituições e nem realizar julgamento sobre suas práticas, mas ter nelas referenciais para indicar as diretrizes de tratamento, buscando saber o que pessoas experientes julgam importante e necessário em se tratando do desenvolvimento de crianças autistas na primeira infância.

5. RESULTADOS

O passo-a-passo da coleta de dados, já exposto no capítulo anterior, orienta a apresentação dos resultados da presente pesquisa. A coleta de dados no domínio empírico procurou dar “voz” a profissionais experientes na intervenção clínico-educacional sobre o desenvolvimento de crianças autistas, seja em clínicas ou em instituições educacionais especializadas. Os participantes contribuíram compartilhando suas práticas de intervenção precoce bem como o que consideram ideais de intervenção, segundo o que compreendem ser essencial para o planejamento da intervenção precoce no desenvolvimento de crianças com autismo em idade pré-escolar.

5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS E INSTITUCIONAIS

Os profissionais e instituições participantes da pesquisa contribuíram respondendo sobre como pensam e realizam intervenções com crianças com autismo em idade pré-escolar. A caracterização das intervenções em crianças autistas menores de seis anos descreve a natureza, bases filosóficas e modalidades das intervenções.

Contextos e modalidades das intervenções

Numa síntese sobre as práticas dos participantes da pesquisa, identificaram-se diversos âmbitos de intervenção, como instituições especializadas, clínicas interdisciplinares ou consultórios particulares. Prevaleram práticas profissionais exercidas em instituições especializadas (18)⁴⁴, seguido dos que atuam em consultórios particulares (12) e clínicas interdisciplinares (10), havendo os que atuam

⁴⁴ O número de respondentes que atuam em instituições especializadas é composto pelo número de participantes representantes de instituições especializadas que responderam ao questionário específico, mais os participantes que responderam ao questionário dirigido aos profissionais especialistas, que referiram atuar também em alguma instituição (desde que não fosse uma instituição já contabilizada na primeira categoria). No entanto, nas comparações entre participantes profissionais e participantes representantes institucionais, manteve-se cada participante filiado ao grupo segundo o tipo de questionário respondido.

em outros locais, como universidades, centros de inclusão, em secretarias públicas ou como consultor a escolas.

A respeito das modalidades das intervenções, o instrumento de coleta de dados propôs duas amplas categorias, quais sejam: “intervenção individual” e “intervenção em grupo”. Na categoria de profissionais, dos 25 participantes, 22 atendem as crianças em caráter individual e nove em grupo⁴⁵. Na categoria institucional, a combinação das modalidades “individual” e “em grupo” na intervenção com crianças com autismo em idade pré-escolar, se dá em maior quantidade: das 13 instituições, 12 realizam intervenções coletivas e em 10 as intervenções são realizadas individualmente. Considerando que são 25 participantes profissionais e 13 representantes institucionais, verificou-se que as intervenções individuais são predominantes entre os profissionais que atuam em consultório, em detrimento do contexto institucional, em que as intervenções grupais quase equiparam às ocorrências de intervenções individualizadas.

No QPI, a categoria “intervenção em grupo” se subdividia em duas possibilidades: “intervenção em grupo, privilegiando atividades individualizadas” e “intervenção em grupo, privilegiando a interação entre as pessoas do grupo”. Nas 13 instituições pesquisadas, dos 12 representantes institucionais que assinalaram “intervenção em grupo”, 11 realizam atendimentos em grupo, privilegiando a interação entre as pessoas do grupo e 8 realizam intervenções em grupo, porém, privilegiando atividades individualizadas⁴⁶.

5.2 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS

As crianças com autismo atendidas por profissionais nos contextos clínicos (consultórios ou clínicas interdisciplinares) ou nas instituições têm sido abordadas preferencialmente por meio de práticas educacionais, centradas no desenvolvimento das crianças em diferentes dimensões (cognitiva, linguagem, social, afetiva, psicomotora foram algumas das terminologias referidas pelos participantes).

⁴⁵ Não há especificação se com outros autistas ou grupos mistos.

⁴⁶ Tomando como exemplo o funcionamento de salas de aula, em que as pessoas agrupam-se, mas executam atividades predominantemente individualizadas.

Tipos de intervenções realizadas pelos participantes

Quanto aos modelos de intervenções realizadas por instituições e profissionais, as diferenças entre os dois contextos estão voltadas mais aos modos de estrutura e funcionamento de cada um do que propriamente às propostas intervencionistas em si (áreas de desenvolvimento em foco). Os modelos intervencionistas institucionais têm funcionado, em sua maioria, baseados em modelos de estrutura escolar⁴⁷. Os profissionais, em geral, realizam atendimentos baseados no modelo de estrutura clínica, com variações nos tipos de atividades desenvolvidas. O comum e o diferente entre as propostas e práticas intervencionistas dos participantes da pesquisa são sintetizados e ilustrados na Figura 8.

⁴⁷ Esse dado foi identificado de modo assistemático, pois não havia um item no QPI que abordasse com precisão essa questão. Aproveitou-se o item do QPI que solicitou que expressassem a proposta geral da instituição, cujas respostas tiveram maneiras de expressões das mais diversificadas. É possível afirmar que nove instituições funcionam com base no *modelo de estrutura escolar*: seis declararam ser “escola” e outras três ofereceram respostas que permitiram essa inferência (a partir da resposta ao próprio item ou combinação de respostas de outros itens – por ex.: “estar capacitado para atendimento especializado em serviços de educação, saúde e assistência social” (PP9); “proporcionar atendimento integral e de qualidade a pessoas com autismo, [...] estimulando o aprimoramento de suas habilidades e capacidades, trabalhando para a criação de uma sociedade inclusiva” (PP6). Duas se declararam funcionar no *modelo clínico*, uma declarou realizar *intervenção clínica-educacional* (combinou as duas propostas) e em uma não foi possível identificar qual a estrutura do seu trabalho.



Figura 8: Especificidades dos contextos de intervenção com crianças autistas

A tabela 12 apresenta os tipos de intervenções que vem sendo privilegiadas pelas instituições e profissionais ao atenderem crianças com autismo em idade pré-escolar.

Tabela 12: Tipos de intervenções profissionais em crianças autistas menores de 6 anos, realizadas pelos participantes da pesquisa

Modalidade da intervenção	Profissionais (N=25)				SUB-TOTAL	Instituições (N=13)	TOTAL
	Psicólogo N=16	Fonoaudiólogo N=3	Terapeuta ocupacional N=4	Pedagogo N=2			
<i>Intervenção com famílias/Orientação aos pais</i>	14	3	4	-	21	11	22
<i>Intervenção psicoeducacional</i>	8	1	1	2	12	10	22
<i>Integração sensorial</i>	1	-	4	-	5	9	14
<i>Terapia ocupacional</i>	-	-	4	-	4	9	13
<i>Terapia da fala e da linguagem</i>	-	3	-	-	3	6	9
<i>Atividade aquática</i>	-	-	-	-	-	7	7
<i>Psicoterapia</i>	3 ⁴⁹	-	-	-	3	-	3
<i>Análise comportamental</i>	2	-	-	-	2	1	3
<i>Reabilitação motora</i>	-	-	-	-	-	6	6
<i>Equoterapia</i>	-	-	-	-	-	6	6
<i>Outros</i>	5	2	2	-	9	5	14

Conforme exposto, as crianças com autismo em idade pré-escolar têm sido atendidas, pelos profissionais e nas instituições participantes, predominantemente nas modalidades “intervenção/orientação com família” e “intervenção psicoeducacional”. Cada categoria, separadamente (profissionais e representantes institucionais), segue essa tendência global. Nas instituições, há a oferta de intervenções nas áreas psicoeducacional, de terapia ocupacional e de fonoaudiologia. Entre os psicólogos, as práticas estão voltadas predominantemente com famílias, seja em intervenção direta ou orientações, seguido por intervenção psicoeducacional e psicoterapia. Fonoaudiólogos concentram suas práticas em terapias de fala e linguagem e também famílias; terapeutas ocupacionais, além da intervenção própria dessa modalidade profissional, também especificam como prática a “integração sensorial”, correspondendo à totalidade dos participantes com essa formação.

Alguns participantes da pesquisa realizam outras intervenções, não previstas na categorização inicial proposta pelo instrumento de pesquisa, contemplando “consultoria a profissionais e escola” (1 psicólogo e 1 terapeuta ocupacional), informática (1 instituição), *Relation Play* (1 instituição), visitas domiciliares (1 instituição), psicomotricidade (1 instituição), acompanhamento [no processo de inclusão] escolar (2 fonoaudiólogos, 1 terapeuta ocupacional e 3 psicólogos), dança/música (1 instituição) e arteterapia (1 instituição). É necessário considerar que essas atividades talvez sejam realizadas por mais profissionais/instituições do que contabilizado, mas que não foram declarados porque não havia a opção de assinalamento nos instrumentos para esses tipos de atividades.

5.3 A INTERVENÇÃO CLÍNICO-EDUCACIONAL NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS

Intervenções profissionais indicadas na intervenção em crianças autistas menores de seis anos

Os participantes profissionais informaram quais as outras intervenções, além daquelas realizadas por eles, costumam ser indicadas para crianças com autismo menores de seis anos. Essas indicações estão especificadas na Tabela 13. O item do QPP estava em formato de uma pergunta aberta, com linhas para serem preenchidas pelo participante, sem categorias prévias para serem assinaladas. Apenas três profissionais não recomendam outras especialidades, mas não especificaram razões para isso.

Tabela 13: Intervenções profissionais indicadas pelos participantes profissionais para crianças autistas menores de 6 anos

Tipo de intervenção indicada	Nº de participantes que indica (N=25)
<i>Fonoaudiologia</i>	15
<i>Psicopedagogia</i>	8
<i>Terapia ocupacional</i>	8
<i>Psicólogo (a maioria indicou especificamente “psicoterapia”; um profissional especificou “Psicoterapia para os pais”)</i>	6
<i>Atividades físicas (incluindo balé, patinação, educação física, natação, que foram especificadas por alguns profissionais)</i>	6
<i>Fisioterapia</i>	4
<i>Musicoterapia</i>	4
<i>Psicomotricidade (1 especificou Psicomotricidade relacional)</i>	3
<i>Arteterapia</i>	3
<i>Equoterapia</i>	3
<i>Acompanhamento terapêutico – domiciliar e na escola</i>	1
<i>Avaliação neuropsicológica</i>	1
<i>Integração sensorial</i>	1
<i>Teatro</i>	1
<i>Dentista com especialização em crianças especiais</i>	1

Os mais recomendados entre os participantes da pesquisa são fonoaudiologia (indicados por 15 participantes), psicopedagogia e terapia ocupacional (indicados por oito participantes cada um). É importante lembrar que a formação da maioria dos participantes é em Psicologia (16), seguido por terapeutas ocupacionais (4), fonoaudiólogos (3) e pedagogos (2). Ou seja, os mais indicados são os que estão em minoria (pois quem indica são os outros profissionais) e os menos indicados são os que têm maior representação de categoria profissional entre os participantes. Esse dado aponta para uma circularidade entre especialidades mais cogitadas para o tratamento do autismo: fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional.

Aos participantes institucionais, não foi questionado sobre indicação de outros profissionais, pois se pressupôs que na própria instituição houvesse a oferta de atendimento interdisciplinar. Questionou-se, no entanto, sobre atendimentos que não têm sido possível oferecer nos contextos institucionais. Dos nove respondentes do QPIc, seis gostariam de oferecer algum serviço que não possuem e três

afirmaram que têm todos os serviços de que sentem necessidade. Estão entre os serviços que gostariam de oferecer: profissional de educação física (PI 2), mais uma terapeuta ocupacional na equipe (PI 2), profissional e espaço físico adequado para terapia de integração sensorial (PI 6 e PI 8), profissional e espaço físico adequado para atividade aquática (PI 6), equoterapia (PI 6), atendimento odontológico (PI 7), fonoaudiologia (PI 8), terapia comportamental (PI 10).

Recomendação da educação infantil regular

Profissionais e representantes institucionais responderam se recomendam ou não a educação infantil regular a crianças com autismo menores de seis anos. Dos 25 profissionais, 20 recomendam a educação infantil; um não recomenda; dois recomendam de acordo com o nível de comprometimento do transtorno e outros dois participantes não responderam. Dentre as 13 instituições participantes, oito são favoráveis a que crianças autistas frequentem a educação infantil, enquanto três recomendam para algumas crianças e dois não recomendam.

Os critérios utilizados pelos participantes para indicar a educação regular centram-se, em sua maioria, na criança e suas características, seguidos pelas condições da escola, interesse da família e determinação legal. A tabela 14 sintetiza o posicionamento dos participantes quanto aos critérios utilizados para recomendar ou não a educação infantil regular.

Tabela 14: Critérios para recomendar a educação infantil regular para crianças autistas menores de seis anos

CRITÉRIOS	PROFISSIONAIS (n=23⁴⁸)	INSTITUIÇÕES (n=13)
<i>Características da criança</i>	13	6
<i>Condições da escola</i>	7	4
<i>Interesse da família</i>	2	1
<i>Determinação legal</i>	-	3
<i>Resultados no desenvolvimento da criança</i>	6	1

No critério relacionado às características da criança, prevalece o que se refere ao grau de comprometimento dos sintomas autísticos ou nível de déficit intelectual associado (PI 3; PI 4; PI 6; PI 9; PP7; PP14; PP19;

⁴⁸ Duas respostas não-válidas.

PP21; PP22). Alguns participantes encaminham para educação infantil regular quando o nível de acometimento de sintomas é de leve a moderado, restringindo os casos de grau severo (PI 9; PP20; PP21; PP22). Há participantes que especificam como critérios a presença de alguma forma de habilidade comunicativa (PP 5; PI 10; PI 11), ser alfabetizado (PI 10), condições de autocuidados (PI 3) e habilidades emocionais, como auto-regulação e ausência de comportamentos auto e hétero-agressivos (PP5; PI 6; PP7; PP13; PP14).

A decisão sobre se a criança com autismo deve ou não frequentar a educação regular na idade pré-escolar em geral tem como critérios as condições maturacionais da criança e os objetivos estabelecidos entre profissionais e família para o desenvolvimento da criança, de modo a verificar se a escola pode beneficiar o seu desenvolvimento ou não (PP 11). Nessa perspectiva, a decisão de frequentar escola regular está *“acima de tudo, quando a criança obtém mais ganho do que prejuízos nessa interação”* (PP 2), que pode ser compreendido como uma situação rara (PP 11) e determinar condutas, como nunca encaminhar para educação infantil regular, *“por não serem preparados para atenderem autistas”* (PI 10).

Outro critério bastante ressaltado pelos participantes, considerados por alguns como único ou mais importante, está nas condições de trabalho que a escola oferece (7 dos 25 profissionais e 4 das 13 instituições). Os participantes, ao recomendarem que crianças autistas menores de seis anos frequentem ou não educação infantil regular levam em conta se a escola realmente pratica os princípios da inclusão (PP9; PP17; PP18) e se a escola apresenta *“disponibilidade para acompanhamento individualizado [da criança autista], adaptação das atividades [...] com história prévia e já conhecida de boas adaptações e não com muitos alunos por sala”* (PP 4). A disponibilidade dos profissionais da escola para participar de grupos de estudo com os profissionais da instituição *“no mínimo três vezes por ano”* é outro critério utilizado para recomendar a educação inclusiva (PI 12). Reforça-se, assim, a importância *“de se ter um profissional habilitado no ensino comum específico para trabalhar com a pessoa com autismo”* (PI 4).

A forma como a escola se dispõe a funcionar segundo as necessidades da criança autista é outro critério adotado, sendo necessário verificar se há *“condições de colaborar no desenvolvimento desta criança [...] com adaptações no tempo de permanência [da criança], no material, em algumas propostas de acordo com as características individuais das mesmas”* (PI5). A presença de um

acompanhante terapêutico (PP1), “*se não houver condições de a criança ir sozinha*” (PP3), também costuma ser recomendado na frequência de crianças com autismo no ensino regular infantil, sinalizando um critério relacionado às relações estabelecidas com a escola, e não uma condição da criança para frequentar ou não.

O interesse ou desejo da família são pontos de partida para que a criança vá para a educação infantil (PP3), seguido pela decisão interdisciplinar e/ou fazendo a família participar do estabelecimento de objetivos no desenvolvimento da criança. Assim, a família deve participar da decisão sobre o encaminhamento ao ensino regular ser ou não uma necessidade (PP11). Nesse caso, “*o direito do pai ultrapassa o direito legal que favorece a inclusão*” (PI 13), e se os pais manifestam o interesse em ajustar os atendimentos nas duas modalidades educacionais (especial e regular), são orientados a procurar uma escola regular que tenha poucos alunos em sala, com ambiente livre de muita estimulação para evitar a “*inundação sensorial*” (PI 13), com proposta de trabalho compatível com a idade da criança e que seja aberta às orientações realizadas pela equipe da escola especial.

O critério legal foi afirmado por três participantes institucionais, que encaminham todas as crianças para educação regular, com o argumento de que a legislação em educação determina a matrícula de todas as crianças nas escolas regulares. O critério se estabelece em acordo com o “*critério de inclusão educacional em parceria com a secretaria de educação do município*” (PI 2), “*já que a inclusão está prevista em lei*” (PI 1). Um representante institucional afirmou que recomenda o ensino regular “*por exigência da secretaria da educação, que a criança em idade escolar⁴⁹ deve estar inserida no ensino regular ou CEIs [centros de educação infantil]*” (PI 8). Reflexões sobre esses argumentos estão no capítulo “7. Discussão”.

Alguns participantes teceram considerações acerca dos resultados esperados por eles quando encaminham crianças autistas à educação infantil regular. A meta central, nessa conduta, tem sido a socialização (PP1; PP15; PP19; PP25), levando em conta que frequentar educação regular oportuniza experiências com crianças da mesma faixa etária, desenvolvimento da autonomia, de habilidades de linguagem, de brincar, de aprendizagem como um todo (PP 12) e, além disso, a

⁴⁹ Considerou-se que o participante equivocou-se no uso desse termo (idade escolar), pois a pergunta do questionário referia-se à educação infantil e o representante institucional afirma que a criança deve estar inserida na escola ou CEIs – centros de educação infantil.

educação infantil regular proporciona aquisição de regras sociais, desenvolvimento de comportamentos típicos, bem como diminuição do desvio no desenvolvimento da criança autista (PP6).

Dimensões temporais na intervenção com crianças autistas menores de seis anos

A respeito do tempo “ideal” de atendimento das crianças autistas em idade pré-escolar, a maioria dos participantes enfatizou a necessidade de processos intensivos, considerando ideal uma média de 15 a 20 horas/semana de atendimento especializado, conforme é possível visualizar na Figura 9⁵⁰.

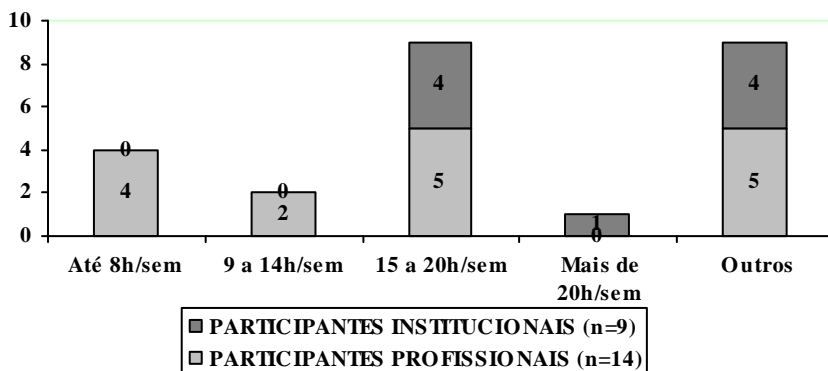


Figura 9: Tempo ideal de atendimento semanal a crianças autistas menores de seis anos

Prevalece a recomendação de que o tempo ideal de intervenção que uma criança autista menor de seis anos deve receber é de 15 a 20 horas (PI 2, PI 11, PI 13, entre outros), pois “*tratamento intensivo é fundamental para o desenvolvimento destas crianças [...], passar a manhã em uma escola regular e a tarde em uma escola especial com multiprofissionais é o ideal*” (PP20). Esse tempo é considerado ideal porque permite oferecer o que está previsto na aplicabilidade da

⁵⁰ O valor de *n* de profissionais e instituições é menor em relação a outros itens pesquisados porque essa é uma das questões que faz parte do questionário complementar – QPPc e QPIC.

estrutura metodológica TEACCH, “*que acredita na tríade intensidade, regularidade e frequência para o desenvolvimento satisfatório da criança autista nos primeiros anos de vida*”⁵¹ (PI 13). Nesses casos, o tempo de atendimento deve ser distribuído não em atividades mecânicas, mas principalmente com o brincar, o lúdico e tudo o mais que despertar o interesse e o prazer na criança (PP 18), com multiprofissionais e diversidade de estímulos (PI 2).

Um número menor de participantes considera ideal que a criança autista receba mais de 20h/semana de atendimento especializado (2 profissionais e 1 representante institucional), pois a “*estimulação precoce é muito importante para as crianças de 0 a 6 anos com problemas de desenvolvimento/autismo*” (PI 10).

O tempo ideal deve considerar também o perfil de interações que a família realiza com seu filho: o ideal pode estar em ser atendido 3 vezes por semana “*quando a família ajuda*”, ou todos os dias “*quando a família não ajuda*” (PP17) tendo sido considerado pelo participante o tempo de intervenção realizada por ele, não contemplando as demais especialidades profissionais que também intervêm com a criança.

Na coluna “Outros”, da figura 14, estão as respostas que não foram organizadas nas categorias numéricas, pois os participantes relativizaram suas respostas com argumentos qualitativos, pois se considera “*impossível responder sem considerar a singularidade de cada caso*” (PI 6). Houve ênfase às diferenças intra-sujeitos (PP6, PP9, PP13, PI5, PI 7, PI 12, entre outros), ou seja, às diferentes possibilidades funcionais do autismo e à necessidade de adequação de uma proposta terapêutica-educacional que esteja de acordo com as necessidades específicas de cada caso (PP6). “*Trabalhar com crianças com transtorno autista exige tempo intensivo*”, de modo que se devem intercalar atividades mais exigentes com as que exijam menores esforços, quanto maior o acometimento de sintomas na criança (PP13).

Entre os participantes institucionais, reconheceu-se que o tempo ideal para atender crianças com autismo menores de 6 anos depende “*do perfil da criança ou de seu prognóstico terapêutico-pedagógico [...] pois cada criança deve ser vista e comparada a ela mesma, tendo visto que trata-se de um ser fundamentalmente em potencial*” (PI 6). É importante, portanto, avaliar a necessidade individual da criança em relação ao tempo de atendimento de cada especialidade profissional, considerando elementos “*como tempo de atenção, tolerância com a*

⁵¹ Grifo conforme original.

apresentação de estímulos externos, grau de comprometimento entre outros” (PPI 5).

Na prática, o ideal recomendado pelos profissionais nem sempre acontece (PP1), pois *“as pessoas com autismo recebem o atendimento dentro do tempo ‘possível’, por variadas razões” (PP9)*. No âmbito institucional, as crianças são atendidas, em média, 20 horas por semana, aproximando-se do que foi considerado ideal. Os tempos reais de atendimento, informados pelos participantes, expressam, de fato, as diferenças entre o que se recomenda como necessário para uma intervenção eficaz para o desenvolvimento de crianças com autismo e o que tem sido possível executar. No âmbito clínico, o que prevalece é uma média significativamente inferior: a maioria atende entre uma e três horas semanais. Contudo, é preciso considerar que os participantes profissionais responderam a essa questão visando apenas seu tempo de intervenção com as crianças, geralmente não incluindo as demais intervenções que as crianças recebem combinadas com as suas⁵².

Com relação às proporções de tempo dedicado aos diferentes tipos de intervenções/atendimentos a que crianças autistas menores de seis anos são expostas, entre os representantes institucionais julgou-se ideal ter 60% dos atendimentos em ensino individualizado e 40% em atendimento coletivo (dos 9 questionários, uma resposta válida). Na perspectiva dos participantes profissionais (dos 16 questionários, 7 respostas válidas), considera-se que as crianças com autismo menores de seis anos se beneficiam mais dos atendimentos individualizados do que dos coletivos (5 dos 7 participantes), pois *“no atendimento individualizado podemos ter o olhar diferenciado e a afetividade necessária que cada criança requer. A socialização deve ser trabalhada na escola regular” (PP1)*.

Os tempos recomendados variaram à proporção de 60% de tempo para atendimentos individuais e 40% para atendimentos coletivos. Alguns profissionais consideraram “coletivo” o tempo em que a criança está na escolar regular e outros nas intervenções clínicas coletivas. Possivelmente a forma como a questão estava formulada permitiu essa ambigüidade na interpretação.

⁵² O item do QPP que visou conhecer essa resposta foi assim formulado: “Quanto tempo, em média, você atende crianças com autismo em idade pré-escolar? (*informe o total de horas semanais a distribuição em número de dias da semana – por exemplo: duas vezes por semana, 1,5h cada; ou 3 dias semanais, 2 horas por dia*)”. Não houve um item que perguntou aos profissionais participantes qual o tempo total de intervenções que as crianças autistas recebiam semanalmente, considerando outras intervenções além da que o participante oferece.

Quanto à proporção entre ensino regular e ensino especializado, predomina a recomendação de equivalência entre os tempos das duas modalidades de ensino: 4 horas diárias de ensino regular e 4 horas diárias de ensino especializado (5 das 8 respostas válidas dos participante profissionais e 4 das 6 respostas válidas dos participantes institucionais). A recomendação de mais tempo de intervenção no ensino infantil regular do que no ensino especializado foi mencionada por três profissionais e uma instituição nas seguintes proporções: 2/3 do tempo na educação infantil regular e 1/3 em atendimento especializado; meio período na educação infantil regular e atendimentos especializados de 3 a 4 horas semanais (PP5), duas vezes (PI 6) ou três vezes por semana (PP17).

Aspectos essenciais para o desenvolvimento e aprendizagem de crianças autistas menores de seis anos

Os aspectos essenciais para focar ao promover o desenvolvimento e aprendizagem de crianças autista menores de seis anos, na perspectiva dos participantes, foram organizados em categorias temáticas. Os temas mais recorrentes dizem respeito à comunicação, habilidades sociais e habilidades de autocuidados⁵³. Mencionam, ainda, a importância de se ensinar aos autistas habilidades de autocontrole, auto-regulação e processos cognitivos, este último com algumas especificações. Os representantes institucionais privilegiaram a socialização, seguido de habilidades de autocuidados e comunicação. Também foi mencionado como essencial o aprendizado de comportamentos adequados, a usar o próprio corpo de maneira funcional e que recebam intervenção sobre processos sensoriais e habilidades cognitivas.

Os elementos temáticos destacados das respostas dos participantes, que receberam denominações comuns conforme o sentido que assumiam, foram organizados em categorias. As categorias são: a) habilidades sociais e comportamentos adaptativos; b) habilidades cognitivas; c) habilidades básicas e funcionais no cotidiano; d) comunicação; e) funções de regulação sensorio-emocional. As categorias se formaram por aproximação dos elementos segundo critério

⁵³ Atividades da vida diária (AVDs): são atividades ou tarefas que a pessoa executa todos os dias para realizar os cuidados pessoais. Inclui as atividades de autocuidados (alimentação, asseio, controle esfinteriano), mobilidade e comunicação básica. É um dos principais objetos de intervenção dos terapeutas ocupacionais e estão intrinsecamente relacionados com as Atividades da vida Prática (AVPs), que envolvem atividades de locomoção e outros movimentos típicos do dia-a-dia (Finger, 1986; Trombly, 2005).

semântico e permitiram, assim, reconhecer as tônicas que especialistas no atendimento de crianças autistas costumam dar ao programarem seus processos interventivos.

A figura 10 apresenta a categoria *habilidades sociais e comportamentos adaptativos* e seus elementos, conforme menção dos profissionais e representantes institucionais participantes da pesquisa.

Habilidades sociais e comportamento adaptativo
Total de presenças: (23 + 5) 28

Relacionamentos interpessoais		Elementos temáticos mencionados por representantes institucionais
Elementos temáticos mencionados por profissionais	Capacidade de socialização (1) Intersubjetividade (1) Interação social (1) Entrar no campo simbólico ao qual pertence (1) Explorar o meio de forma mais eficiente (1) Repertório social (1) Inclusão (1) Comportamentos adequados (1) Seguir regras sociais (1) Contato visual (1)	

Figura 10: Essencial a um autista aprender: habilidades sociais e comportamento adaptativo

Nas respostas dos participantes sobre o que é essencial ao autista aprender, ao considerar os participantes na totalidade, há maior

ocorrência de elementos relacionados ao campo das *habilidades sociais e comportamentos adaptativos*, seguido da recomendação de priorizar o campo das *habilidades cognitivas*, cujos elementos são apresentados na Figura 11.

Habilidades cognitivas
Total de presenças: (22 + 6) 28

Elementos temáticos mencionados por profissionais	Ampliar o foco de interesse (1)	Desenvolvimento simbólico (1)	Elementos temáticos mencionados por representantes institucionais	
	Organização do comportamento (1)	Atenção (3)		Habilidades cognitivas (1)
		Perceber o outro (1)		Relações de causa e efeito (1)
	Concentração (1)	Potencial pedagógico (1)		Previsibilidade (2)
	Matemática (1)	Escrita e leitura (2)		Conhecimento do corpo (1)
	Conhecimentos acadêmicos (1)	Habilidades pedagógicas (1)		Atividades musicais (1)
	Nomear objetos (1)	Imitação (1)		
	Cognitivo (1)	Emparelhamento (1)		
	Resolver problemas (1)	Controlar-se (2)		

Figura 11: Essencial a um autista aprender: habilidades cognitivas

Na sequência da categoria de *habilidades cognitivas*, por ordem de ocorrência, está o ensino de *atividades funcionais*, que promovam a independência e autocuidados.

Atividades básicas e funcionais no cotidiano
Total de presenças: (17 + 7) 24

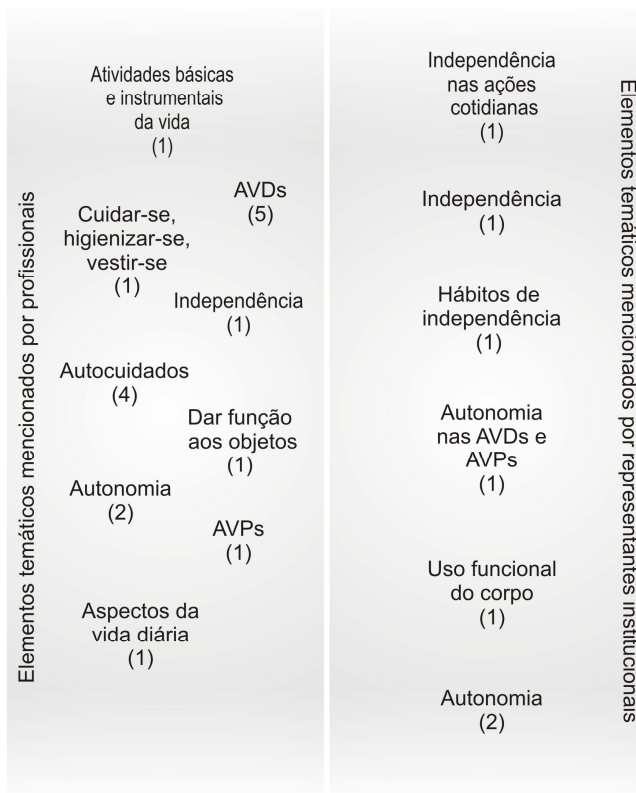


Figura 12: Essencial a um autista aprender: atividades básicas e funcionais no cotidiano

Na sequência, encontra-se a soma dos elementos da categoria “comunicação”, cuja distribuição da quantidade de ocorrências entre os participantes profissionais e participantes institucionais é apresentada na Figura 13.

Comunicação
Total de presenças: (17 + 3) 20

Elementos temáticos mencionados por profissionais		Elementos temáticos mencionados por representantes institucionais
Linguagem alternativa (1)		
Habilidades de comunicação (2)		Saber comunicar o que deseja (1)
Repertório de ouvinte e repertório de falante (1)		
Comunicação (4)		Expressão e comunicação do que pensa e sente (1)
Comunicação social (1)		
Fala (1)		Comunicação (1)
Comportamentos comunicativos (1)		
Comunicar (6)		

Figura 13: Essencial a um autista aprender: comunicação

As **funções de regulação sensorioemocional** constituem uma categoria cujos elementos surgem em menor quantidade nas respostas dos participantes sobre o que é considerado essencial a uma criança autista aprender. Tais elementos estão apresentados na Figura 14.

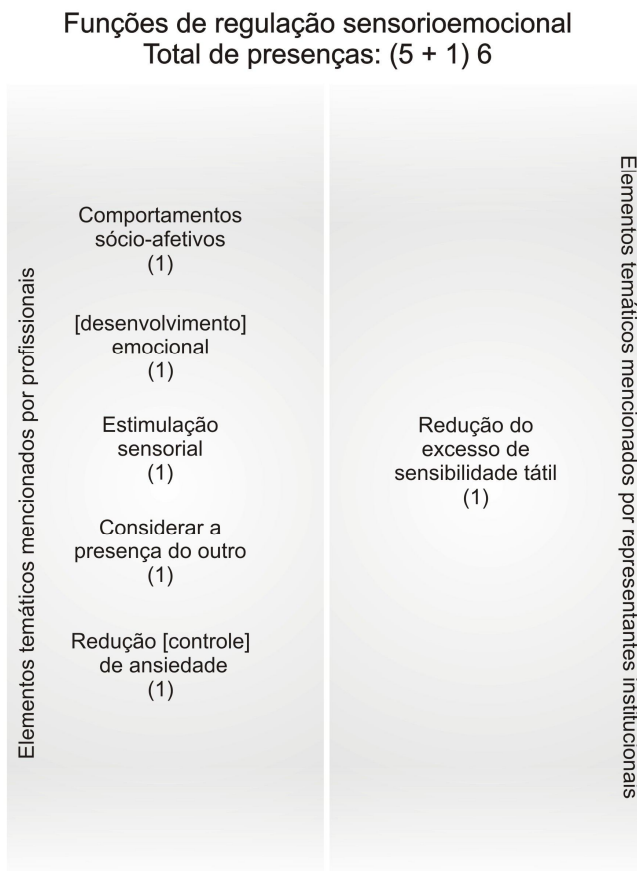


Figura 14: Essencial a um autista aprender: funções de regulação sensorio-emocional

Ao considerar as categorias de participantes separadamente, a categoria de profissionais segue a tendência global. A categoria de participantes institucionais comportou-se diferentemente nessa comparação: o que mais foi mencionado como essencial para ensinar a crianças com autismo menores de seis anos são as **atividades funcionais**, seguido de **habilidades cognitivas** e, então, **habilidades sociais**.

Deve-se ressaltar que a ordem com que os campos de intervenção foram mencionados (numa ordem do mais para o menos citado) não deve significar ordem de prioridade/importância para a intervenção em

crianças com autismo. Alguns profissionais expressaram suas compreensões sobre o que é ideal ao autista numa linha de prioridades. A meta central, única e abrangente para o desenvolvimento e aprendizagem da pessoa com autismo pode ser a de auto-regulação (PP17). Os comportamentos sócio-afetivos e comunicativos são identificados como os primeiros alvos de intervenção por serem “*precursores para o fomento de todas as habilidades do desenvolvimento infantil, destacando-se desenvolvimento simbólico, fala, intersubjetividade e compreensão social*” (PP6). É, também, considerado primordial ao autista aprender “*primeiramente, a cuidar de si (autocuidados), em busca de sua autonomia, depois a se comunicar e a exercer funções produtivas*” (PP13). Um dos participantes (PP1) responde que, em razão da sua formação ser em fonoaudiologia, tem como meta primeira que a criança com autismo aprenda a se comunicar de alguma maneira – inicialmente, por meio da linguagem verbal e, se houver necessidade, por meio de uma linguagem alternativa.

No planejamento das intervenções psicoeducacionais, é estabelecido como prioridade “*a aquisição de independência, autonomia e habilidades de socialização*” (PI 4). Compreende-se como necessário oferecer às crianças “*programas flexíveis de modificação de comportamento [...], tratamentos sensoriais, atividades que estimulem o sistema vestibular e ajudem a retirar o excesso de sensibilidade tátil, atividades musicais, socialização*” (PP3), bem como oportunizar a aprendizagem das relações de causa-e-efeito, dando às crianças condições de previsibilidade sobre os acontecimentos do cotidiano (PP5; PP 11).

Alguns participantes não fizeram especificações sobre as necessidades de aprendizagem para crianças autistas, entendendo que o essencial para uma criança autista é “*o que é essencial para qualquer outra criança: social, cognitivo, emocional*” (PP12) ou alegando que não definem metas de aprendizado para os atendidos na sua especialidade [psicanálise] (PP4). Já outro participante profissional, também de abordagem psicanalítica, afirmou que o tratamento de uma criança com autismo deve relacionar-se com processo educativo, de modo que se torna essencial à criança “*entrar no campo simbólico ao qual pertence [...] aprender a se comunicar com outros, a seguir regras sociais, considerar a presença de outros. A aprendizagem da escrita e leitura também é fundamental*” (PP18).

É importante considerar que para a tabulação dos resultados desse item, procurou-se elaborar categorias, obedecendo ao caráter de serem mutuamente exclusivas⁵⁴. Alguns elementos, no entanto, provocavam a interpenetração de categorias, como no caso de “comportamentos sócio-afetivos”, que vincula dois processos diferenciados ou no caso de “organização de comportamento”, classificados como habilidade cognitiva ou habilidade social. Nesses casos, os elementos eram classificados segundo ênfase dada pelo participante na resposta.

5.4 INSTRUMENTALIZAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA INTERVIR COM CRIANÇAS COM AUTISMO MENORES DE SEIS ANOS

Abordagem filosófica / teórica das práticas intervencionistas

Todos os participantes afirmaram adotar uma ou mais abordagens filosóficas / teóricas como base nas suas intervenções, as quais podem ser visualizadas na Figura 15, segundo o número de ocorrências.

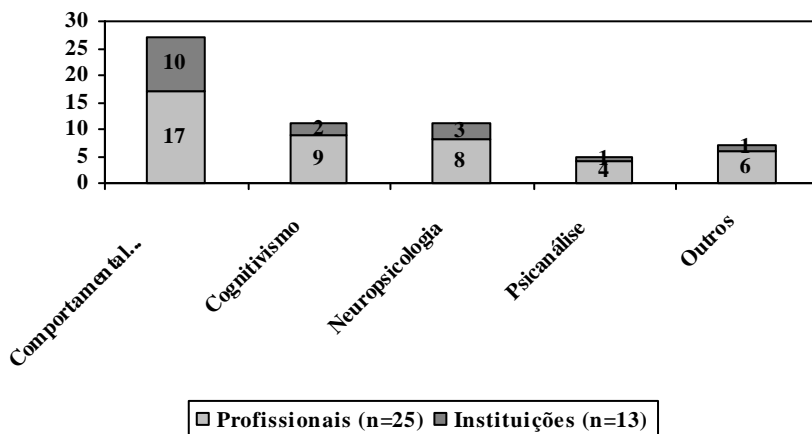


Figura 15: Abordagens filosóficas/teóricas adotadas pelos participantes

⁵⁴ Quando não há a possibilidade de colocar determinada resposta em mais de uma categoria de série. (Gil, 1999; Marconi & Lakatos, 2006)

Crianças autistas menores de seis anos têm recebido intervenções predominantemente a partir do comportamentalismo, seguido pelo cognitivismo. Na sequência, a neuropsicologia e a psicanálise. Em menor frequência, os profissionais têm buscado referências em teorias do desenvolvimento⁵⁵ (2 participantes profissionais), abordagem sistêmica (2 participantes profissionais), humanismo, psicolinguística e neurologuística (1 participante para cada: PP9, PP7 e PI 13).

Diversos participantes combinam duas ou mais abordagens teóricas na base de suas respostas: entre os 28 participantes que baseiam suas práticas no comportamentalismo, nove relacionam com o cognitivismo. A neuropsicologia também tem sido bastante relacionada a essas duas abordagens: todos os que assinalaram neuropsicologia assinalaram também comportamentalismo e/ou cognitivismo. Um participante (PI 3) referiu a teoria de Vygotsky como base para a fundamentação de suas práticas intervencionistas, afirmando também que há sintonia entre a teoria e a abordagem metodológica (TEACCH).

Metodologias de intervenção e seus benefícios

Quando perguntado aos participantes se utilizam alguma metodologia de intervenção nas suas práticas profissionais, 23 participantes profissionais ($n = 25$) responderam positivamente, um respondeu negativamente e um não preencheu essa resposta. Entre os participantes institucionais, todos afirmaram utilizar uma ou mais metodologias de intervenção. A metodologia predominante, adotada por participantes profissionais e institucionais, é a TEACCH (10 de 13 instituições e 11 de 25 profissionais). Por número de ocorrências, o PECS foi o segundo mais mencionado (7 participantes institucionais e 10 profissionais), havendo alta relação com a metodologia TEACCH: 6 instituições e 7 profissionais combinam essas duas metodologias.

Outra metodologia com alta ocorrência entre os participantes da pesquisa foi a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), utilizada por 4 das 13 instituições e 10 dos 25 profissionais, amplamente combinada com TEACCH e PECS (apenas um profissional e uma instituição utilizam exclusivamente ABA). Na mesma linha epistemológica, outros 3 profissionais utilizam como metodologia de intervenção a análise funcional do comportamento (muitas vezes, na literatura, dado como sinônimo de ABA), a terapia comportamental e a terapia cognitivo-comportamental. O Currículo Funcional Natural

⁵⁵ Para PP6, o referencial teórico é a abordagem desenvolvimentista.

(CFN) é utilizado por 4 instituições e 4 profissionais. O CFN tem princípios teóricos relacionados à análise funcional do comportamento (Suplino, 2005) e também foi bastante mencionado como metodologia combinada com TEACCH, ABA e PECS.

Os benefícios dessas metodologias, ressaltados pelos participantes, estão relacionadas principalmente ao aspecto da estruturação e previsibilidade proporcionadas às pessoas com autismo por meio de técnicas que organizam a rotina e antecipam as atividades que serão realizadas em cada dia, garantindo segurança à criança (PP 1), oferecendo-lhe clareza sobre o trabalho que é proposto (PI 7) e promoção da organização interna (PP 7) e, ao profissional, a possibilidade de flexibilizar as técnicas de cada metodologia para atuar em vários ambientes terapêuticos (PP 16). A adoção do TEACCH, PECS e ABA, associados, se justificam pela eficácia comprovada (PP22).

Aos PECS, especificamente, são atribuídos os benefícios de possibilitar comunicação expressiva (PP25), comunicação alternativa (PP7), facilitação da comunicação para as crianças (PI 10). O TEACCH é uma metodologia que incorpora as necessidades fundamentais da pessoa com autismo: *“necessidade de estrutura, apoio em rotinas, organização, clareza nas informações, facilidade com esquemas visuais, necessidade de previsibilidade, maneja comportamental, adaptações curriculares com mediação visual, pensamento concreto, comunicação alternativa e participação ativa dos pais como colaboradores”* (PI 13).

Ao CFN, atribuiu-se eficiência pelo desenvolvimento de habilidades que são funcionais para cada pessoa (PP 8), adequando-se às suas necessidades da pessoa de ter *“uma vida mais funcional e independente”* (PP 9). O CFN também é valorizado pela sua proposta de ensino em ambiente e situações naturais, facilitando a generalização do que foi aprendido (PP 9). As instituições respondentes não apontaram benefícios específicos ao CFN, mas combinados com o TEACCH e PECS.

A integração sensorial foi mencionada por quatro profissionais⁵⁶ e um representante institucional. Apenas um dos participantes intervém exclusivamente a partir dessa abordagem: os demais a usam combinando com as metodologias mais populares. Os benefícios destacados resumem-se a regulação estável (PI 6), promoção da organização do SNC da criança, possibilitando melhor aprendizado e

⁵⁶ Um profissional respondeu “estimulação sensorial”, o que foi incluído na categoria “integração sensorial”.

interação (PP25), possibilidade de a criança interagir melhor em casa e na escola (PP 3).

A psicanálise é metodologia adotada por dois profissionais – embora 4 profissionais a tenham como fundamento teórico das suas práticas. Um profissional (PP5) que tem a psicanálise como fundamento epistemológico informou que intervém buscando ensinar à criança a simbolizar, jogo do faz-de-conta, “técnicas ludo”. Apenas uma instituição (PI 1) mencionou a psicanálise como metodologia para atendimento dos educandos, assinalando também TEACCH, PECS e CFN como metodologias de intervenção associadas.

Outras metodologias, mencionadas em menor número, foram: metodologia desenvolvimentista (1 profissional), *Floortime* (1 profissional), *Thérapie décharge développement* (TED) (1 profissional e 1 instituição), *Son Rise* (1 profissional) e SCERTS (1 instituição). Para a metodologia desenvolvimentista, atribuiu-se como benéfico a consideração que faz à questão afetiva do transtorno autista bem como sua objetividade em relação “*ao que precisa ser feito pela criança*” (PP 6).

Os benefícios de se utilizar a TED são afirmados a partir do argumento de que é uma abordagem que favorece uma apropriação significativa da estimulação oferecida pelo técnico à criança, num contexto prazeroso, em que desenvolvem melhora na atenção compartilhada, na qualidade de interação e, por consequência, viabiliza outras aprendizagens, como “*desenvolvimento da flexibilidade, diminuição das alterações comportamentais, entre outras [...] considerando a necessidade de previsibilidade e organização*” (PI 5). PP17 afirma que essa terapia proporciona maior eficiência nas metas que traça para com a criança, sendo coerente com a forma com que pensa o autismo.

No modelo SCERTS, encontrou-se a vantagem de “*trabalhar as questões sócio-emocionais, em busca de uma regulação estável, com o apoio transacional proporcionado não só pela equipe terapêutica como pela família do paciente*” (PI 6). O método desenvolvimentista, por sua vez, é considerado benéfico por “*considerar tanto a questão afetiva do transtorno quanto ser mais objetivo em relação ao que precisa ser feito pela criança*” (PP6). Sobre os métodos *Floortime* e *Son-Rise*, não houve especificações pelos participantes em relação aos benefícios oferecidos.

Os benefícios declarados pelos participantes foram organizados por categorias temáticas, conforme as ênfases dadas nas respostas obtidas. A Figura 16 apresenta benefícios relacionados às estruturas das metodologias e a relação que o terapeuta estabelece com elas.

BENEFÍCIOS	METODOLOGIA		
Flexibilidade para atuar em vários ambientes terapêuticos, com diferentes perfis e para diversos objetivos.	ABA	TEACCH	PECS
Maior eficiência nas metas a atingir na intervenção com autistas	TED		
Dispõe de uma teoria consistente, para recorrer nos momentos de dúvidas e coloca à disposição uma vasta literatura atual sobre a prática clínica.	Psicanálise		
Ajudam como ferramenta e dão clareza ao trabalho	TEACCH	PECS	CFN
Eficácia comprovada	ABA	TEACCH	PECS
Requer e oportuniza participação ativa das famílias	TEACCH	CFN	

Figura 16: Benefícios das metodologias em relação aos recursos apresentados

Os aspectos mais ressaltados como benefícios entre as metodologias adotadas pelos participantes referiam-se às questões mais gerais do efeito sobre os processos de desenvolvimento e de aprendizagem da criança objeto da intervenção, conforme sintetizado na figura 17.

BENEFÍCIOS	METODOLOGIA			
Melhor desenvolvimento neuromotor e psicológico	ABA	TEACCH	CFN	PECS
Possibilita o desenvolvimento das crianças	TEACCH	PECS	ABA	
Atuam nas necessidades da pessoa com autismo e possibilitam sua evolução.	TEACCH	PECS		
Promoção de maior compreensão da criança autista com o meio em que vive e, com isso, desenvolvimento de seus aspectos cognitivos e sociais	ABA			
Considera tanto a questão afetiva do transtorno quanto ser mais objetiva em relação ao que precisa ser feito pela criança	Metodologia desenvolvimentista			
Organiza o SNC da criança, possibilitando melhor aprendizado, interação e comunicação.	PECS	ABA	Floor Time	Integração sensorial
Melhora na psicomotricidade global e fina	Integração sensorial			
Viabiliza aprendizagem como o desenvolvimento de flexibilidade, atenção compartilhada	TED			
Favorece apropriação significativa da estimulação oferecida pelo técnico à criança, oferecendo um contexto de interação prazerosa	TED			

Figura 17: Benefícios das metodologias relacionados aos efeitos sobre o desenvolvimento e aprendizagem

Os aspectos relacionados ao desenvolvimento da comunicação de crianças com transtorno do espectro autista têm contribuição de cinco modalidades metodológicas, conforme demonstra a Figura 18.

BENEFÍCIOS	METODOLOGIA		
Melhor comunicação, independência e aprendizagem	TEACCH	ABA	
É compreensível para as crianças, facilita a comunicação delas e possibilita seu desenvolvimento	TEACCH	PECS	ABA
Ganho na comunicação expressiva e não apenas instrumental	Psicanálise		
Aposta no surgimento da criança enquanto sujeito falante e desejante.	Psicanálise		
Desenvolve comunicação alternativa	PECS		
Organiza o SNC da criança, possibilitando melhor aprendizado, interação e comunicação.	PECS	ABA	Floor Time

Figura 18: Benefícios das metodologias relacionados à comunicação

As metodologias TEACCH, ABA e CFN foram reconhecidas como eficientes na oferta de estratégias para o desenvolvimento de competências de auto-suficiência, relacionadas às habilidades em atividades de vida diária, de vida prática e aquisição de independência e autonomia. Esses benefícios estão apresentados na figura 19.

BENEFÍCIOS	METODOLOGIA		
Melhor comunicação, independência, aprendizagem.	TEACCH	ABA	
Desenvolvimento nas atividades básicas e instrumentais da vida diária	ABA	TEACCH	
Melhor desenvolvimento das AVDS	ABA	TEACCH	CFN
O educando se torna mais independente	TEACCH		
Desenvolvimento de habilidades funcionais à pessoa, sempre em situações naturais, facilitando a generalização do que foi aprendido.	CFN		

Figura 19: Benefícios das metodologias relacionados à independência e autonomia

Benefícios centrados nos aspectos afetivos da criança com transtorno do espectro autista são reconhecidos em sete distintas metodologias, quais sejam: PECS, ABA, CFN, Integração sensorial, SCERTS, psicanálise e metodologia desenvolvimentista. A figura 20 apresenta a síntese desses benefícios.

BENEFÍCIOS	METODOLOGIA				
Vê a criança além do seu diagnóstico, trabalhando fundamentalmente as questões sócio-emocionais, em busca de uma regulação estável, com o apoio transacional proporcionado não só pela equipe terapêutica, como pela família da criança	PECS	ABA	CFN	Integração sensorial	SCERTS
Aposta no surgimento da criança enquanto sujeito falante e desejante.	Psicanálise				
Considera a questão afetiva do transtorno	Metodologia desenvolvimentista				

Figura 20: Benefícios das metodologias relacionados aos aspectos afetivos

Algumas metodologias tiveram destacados pontos positivos relacionados às questões de sociabilidade da criança com transtorno do espectro autista, representados na figura 21.

BENEFÍCIOS	METODOLOGIA			
Crianças brincam mais e interagem melhor em casa e na escola	ABA	TEACCH	Jogo do faz-de-conta	
Melhor relacionamento com outras pessoas	ABA	TEACCH	CFN	PECS
Organiza o SNC da criança, possibilitando melhor aprendizado, interação e comunicação.	PECS	ABA	Floor Time	Integração sensorial
Melhora a qualidade da interação	TED			

Figura 21: Benefícios das metodologias relacionados à socialização

A estruturação da criança proporcionada pelas metodologias também foi considerada benéfica e razão pela qual os participantes utilizam-na nos processos interventivos com crianças autistas, conforme pode ser verificado na figura 22.

BENEFÍCIOS	METODOLOGIA			
Promoção de estruturação, organização de rotina e previsibilidade	ABA	TEACCH	PECS	Terapia cognitivo-comportamental
Estrutura, apoio em rotinas, organização, clareza nas informações, favorece com esquemas visuais, previsibilidade, manejo comportamental, adaptações curriculares com mediação visual, pensamento concreto	TEACCH			
Organização interna e melhora dos potenciais de aprendizagem	TEACCH			
Considera a necessidade de previsibilidade e organização	TED			

Figura 22: Benefícios das metodologias relacionados à estruturação

Por fim, construiu-se uma categoria para classificar os destaques feitos quanto a comportamentos excessivos em crianças com autismo, como comportamentos disruptivos e comportamentos estereotipados.

Três metodologias foram apontadas como propositoras de estratégias para promover a diminuição desses comportamentos-problema, apresentados na Figura 23.

BENEFÍCIOS	METODOLOGIA	
Diminuição de alterações comportamentais	ABA	TEACCH
Diminuição de comportamentos estereotipados	TED	

Figura 23: Benefícios das metodologias relacionados a comportamentos excessivos

O complexo exercício de categorização dos benefícios referidos pelos participantes permitiu verificar as razões pelas quais os participantes mantêm suas escolhas metodológicas no cotidiano intervencionista com crianças com transtorno do espectro autista. A avaliação dos ganhos obtidos pela utilização dessas tecnologias sobre a evolução das crianças autistas atendidas pode ser realizada com base em recursos sistemáticos e formais ou por protocolos descritivos e qualitativos.

Instrumentos de avaliação e registro dos processos intervencionistas no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista menores de seis anos

A intervenção em tenra idade é um processo que requer planejamento e acompanhamento das evoluções alcançadas. Nesse sentido, na literatura encontra-se uma diversidade de instrumentos disponíveis para a avaliação dos processos de aprendizagem e outras dimensões do desenvolvimento de crianças com autismo, conforme apresentado no capítulo teórico.

Na prática, a maioria dos profissionais e representantes institucionais que trabalham no processo interventivo com crianças autistas faz uso de instrumentos de investigação e mensuração. Dentre 25 profissionais, 17 utilizam instrumentos de avaliação no processo de intervenção e, dentre 13 instituições, 11 dos seus representantes responderam afirmativamente a esse questionamento. O processo de avaliação para o planejamento de intervenção no desenvolvimento de

crianças autistas menores de seis anos se dá, em geral, em formatos sistematizados, mas não necessariamente por meio de instrumentos padronizados e validados, sendo esses processos constituídos pela observação clínica (PP3, PI 9) e proposição de situações experimentais (PP9), mediadas por uma relação sistematizada de habilidades em diferentes áreas de desenvolvimento (PI 3, PI 4, PI 13) ou baseadas num currículo (PP9).

Os instrumentos de avaliação padronizados que são mais frequentemente utilizados para avaliar crianças autistas menores de seis anos são o PEP-R (8 profissionais e 7 representantes institucionais), seguido pela Escala Portage (3 profissionais e 1 representante institucional) e pelo CARS (2 profissionais e 2 representantes institucionais). O ABLLS é utilizado por dois profissionais. Demais instrumentos foram mencionados isoladamente, quais sejam: PEDI (Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade), Avaliação da motricidade global e fina, por Vitor da Fonseca, Provas Operatórias (seleção e classificação) de Columbia, ABFW (Teste de Linguagem Infantil Nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática)⁵⁷, Análise Experimental do Comportamento (AEC), CHAT (Childhood Autistic Toddler), ADI-R (Autistic Diagnostic Interview – Revised), roteiro de avaliação do PECS (Picture Exchange Communication System), protocolo do DSM-IV e do CID-X.

Um aspecto interessante nesses dados é que o PEP-R é um instrumento para planejar processos de intervenção com crianças autistas menores de doze anos e foi elaborado em razão da limitação que outros instrumentos de avaliação apresentam, em geral, para dar conta de duas questões centrais no autismo: os comportamentos atípicos e a interferência da linguagem na compreensão de itens que não avaliam essa dimensão do desenvolvimento (Schopler, et al., 1990). Esse instrumento tem adaptação e validação na região sul do Brasil (Leon, 2002; Leon, Bosa, Hugo, & Hutz, 2004). O PEP-R ganhou popularidade entre os que trabalham com autismo no Brasil, especificamente daqueles que são adeptos das abordagens cognitivista, comportamentalista ou desenvolvimentista.

O Portage é uma escala de desenvolvimento construída para verificar idades de desenvolvimento de crianças entre zero e seis anos ou crianças maiores, quando há suspeita de atrasos ou prejuízos nesse

⁵⁷ Teste da área de fonoaudiologia desenvolvido no Brasil por: Claudia Regina Furquim de Andrade, Débora Maria Befi-Lopes, Fernanda Dreux Miranda Fernandes e Haydée Fiszbein Wertzner.

processo. Quando elaborada, pretendia atender à necessidade de planejamento de intervenção precoce em centros de educação infantil, em Wisconsin (EUA) (Williams & Aiello, 2001). Não se encontrou estudos de validação nacional para esse instrumento.

O CARS, por sua vez, é um instrumento clínico para avaliar presença de traços de autismo e nível de acometimento dos sintomas da síndrome. Tem adaptação e validação nacional (Pereira, 2007) e foi mencionado por quatro participantes (PP12, PP19, PI5, PI 13) como recurso instrumental para avaliar e planejar intervenção de crianças autistas em idade pré-escolar.

ABLLS é também um instrumento de abordagem comportamental, que visa a avaliar comportamentos e habilidades básicas para planejar proposta educacional, cujo objetivo é aquisição de competências generalizadas que permitem que a pessoa aprenda com suas experiências cotidianas. Uma das limitações do instrumento é o fato de não haver normatização por idade. (Partington & Sundberg, 2004)

Crianças autistas também são sujeitadas a avaliação para o planejamento da intervenção profissional, por meio de métodos não padronizados, nas seguintes dimensões: avaliação psicomotora (PI 12), integração sensorial/avaliação do perfil sensorial (PP3, PP15, PP25), avaliação comportamental (PP10, PI 10), avaliação terapêutica ocupacional (PP15), PTI – plano terapêutico individualizado (PI 6), por meio de guias de avaliação de habilidades (PI 13). A avaliação para o planejamento terapêutico-educacional também é realizado por meio de instrumentos que desenvolvidos pelo próprio profissional, em suas pesquisas de mestrado e doutorado (PP6).

O acompanhamento evolutivo das crianças autistas, ao longo do processo de intervenção sobre seu desenvolvimento, pode ser verificado de forma sistemática por meio de protocolos padronizados por profissionais que atuam em consultórios ou em instituições. No contexto institucional, as crianças autistas têm seus processos de desenvolvimento acompanhados, em sua maioria, por registro em protocolos (10 de 13 representantes institucionais responderam afirmativamente a essa questão). No âmbito de atendimentos por profissionais experientes, o registro das evoluções clínicas das crianças não necessariamente ocorre de modo sistematizado e padronizado: 13 profissionais utilizam protocolos padronizados e 11 não utilizam (n=24).

Os protocolos utilizados de acompanhamento de intervenção e desenvolvimento das crianças são baseados em algum modelo (10 de 15 profissionais; 5 de 10 instituições) ou são construídos pelos profissionais

ou pela equipe institucional (6 de 15 profissionais; 6 de 10 instituições). O método TEACCH é referência para duas instituições (PI 1, PI 13), o instrumento PEP-R é referência para uma instituição (PI 10), e o PEP-R e o *Self Center*⁵⁸ servem como referenciais para outras instituições (respectivamente, PI 12 e PI 13).

Os elementos que compõem os protocolos utilizados por profissionais e instituições para acompanhamento e avaliação de processos de intervenção apresentam-se numa diversidade de configurações possíveis. Os elementos que compõem os protocolos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento de crianças autista menores de seis anos em processos de intervenção educacional podem ser organizados a partir dos eixos de avaliação de instrumentos padronizados. Um exemplo é o desenho protocolar do IRDI, instrumento para detecção de riscos para o desenvolvimento, construído por uma equipe de brasileiros (Kupfer, Jerusalinski, Bernardino, Wanderley, Rocha, Molina, et al., 2009): “1) *capacidade de posicionar-se como sujeito*; 2) *estabelecimento da demanda*; 3) *alternância presença/ausência*; 4) *função paterna*” (PP18).

Outras possibilidades podem ser identificadas no PEP-R, que oferecem como eixos: 1) percepção; 2) imitação; 3) coordenação olho-mão; 4) motricidade final; 5) motricidade ampla; 6) desempenho cognitivo; 7) cognitivo verbal (PP13, PI 10). O livro “Passo a Passo, Seu Caminho”⁵⁹ é também referência para o acompanhamento de desenvolvimento de crianças autistas (PP5). Os elementos, informados de modo assistemático na maioria das respostas fornecidas pelos participantes da pesquisa, foram organizados em categorias.

A Figura 24 apresenta a categoria que reúne os elementos que envolvem acompanhamento do desenvolvimento das habilidades cognitivas. É a categoria com maior quantidade de elementos mencionados pelos participantes.

⁵⁸ Clínica de atendimento psicológico e educacional, com serviços de atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista, localizada em Curitiba/PR. No seu site, informam que trabalham com o Protocolo SELF de Avaliação e Acompanhamento, englobando todas as áreas do desenvolvimento e fornecendo dados para a elaboração da Programação Terapêutica Individual. O instrumento é de autoria da Psicóloga Maria Helena Jansen de Mello Keinert, diretora da Clínica SELF.

⁵⁹ É um livro publicado por Margarida H. Windholz, psicóloga brasileira e mãe de um jovem autista.

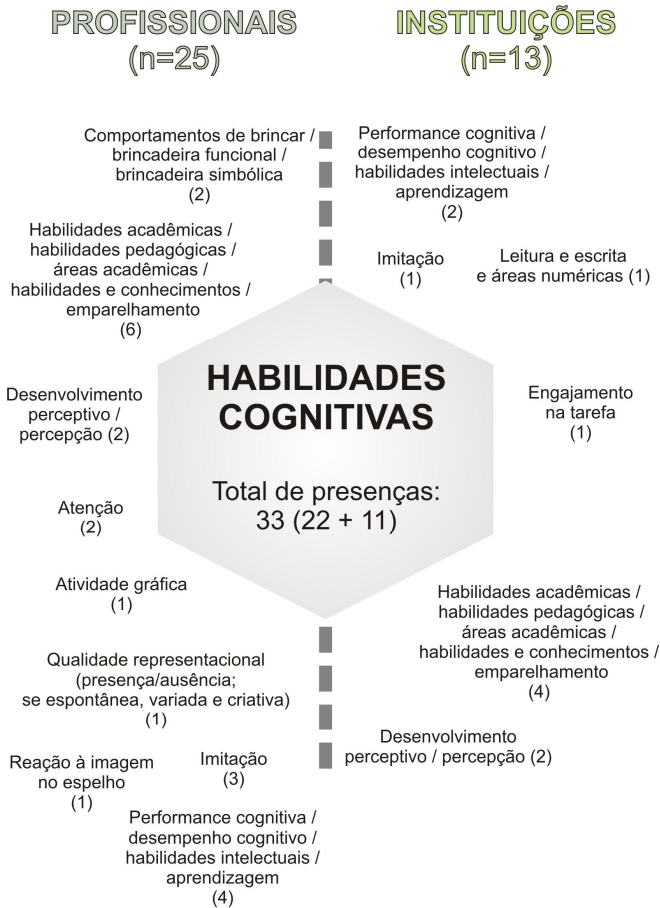


Figura 24: Elementos sobre habilidades cognitivas componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas

Os itens que têm relações com manifestações, desempenho ou desenvolvimento corporal, estão em segundo maior número na composição dos protocolos dos participantes para acompanhamento evolutivo das crianças com autismo menores de seis anos, conforme demonstra a Figura 25.



Figura 25: Elementos que fazem relação com o corpo, componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas

Na sequência, por ordem de ocorrência entre os participantes, apresentam-se os itens para avaliação relacionada a atividades básicas e funcionais de vida diária. Entre os participantes institucionais, essa categoria foi a mais predominante, sendo congruente com os resultados apresentados sobre “o que é essencial a uma criança autista aprender”, em que também os participantes institucionais tiveram maior número de elementos de categoria similar, contrariando a tendência global.

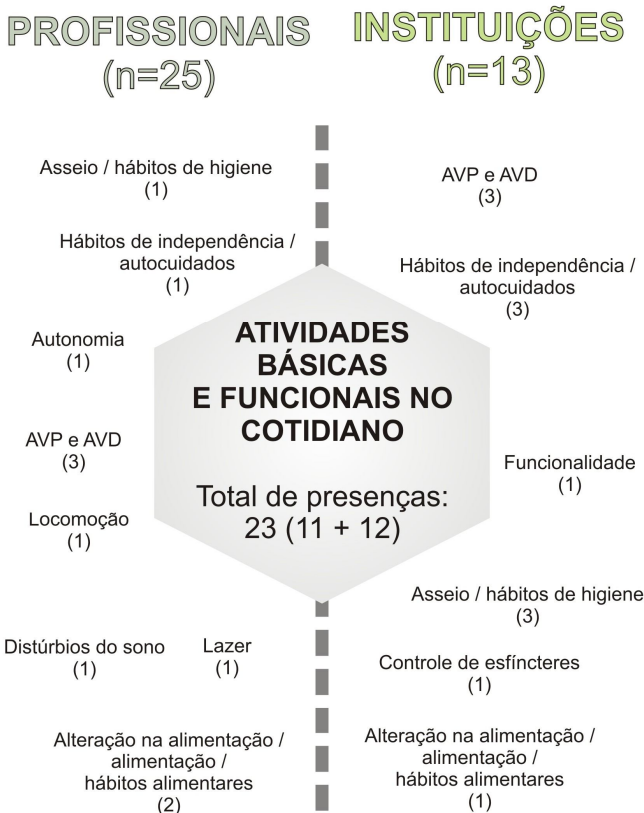


Figura 26: Elementos sobre atividades básicas e funcionais no cotidiano, componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas

Por fim, as categorias que relacionaram os elementos que envolvem habilidades sociais e comportamentos adaptativos, representados na Figura 31, e a categoria com menor quantidade de elementos, que são os relativos à comunicação, demonstrados na Figura 32. A categoria que englobou os itens sobre habilidades sociais e comportamento adaptativo é a penúltima em número de ocorrências nas respostas dos participantes, mas se considerar o repertório dos

elementos temáticos, é a que apresentou maior variabilidade de itens, com 13 termos diferentes para referir-se a esse tipo de tema. A categoria “relações com o corpo” também apresentou grande variabilidade de termos (12).

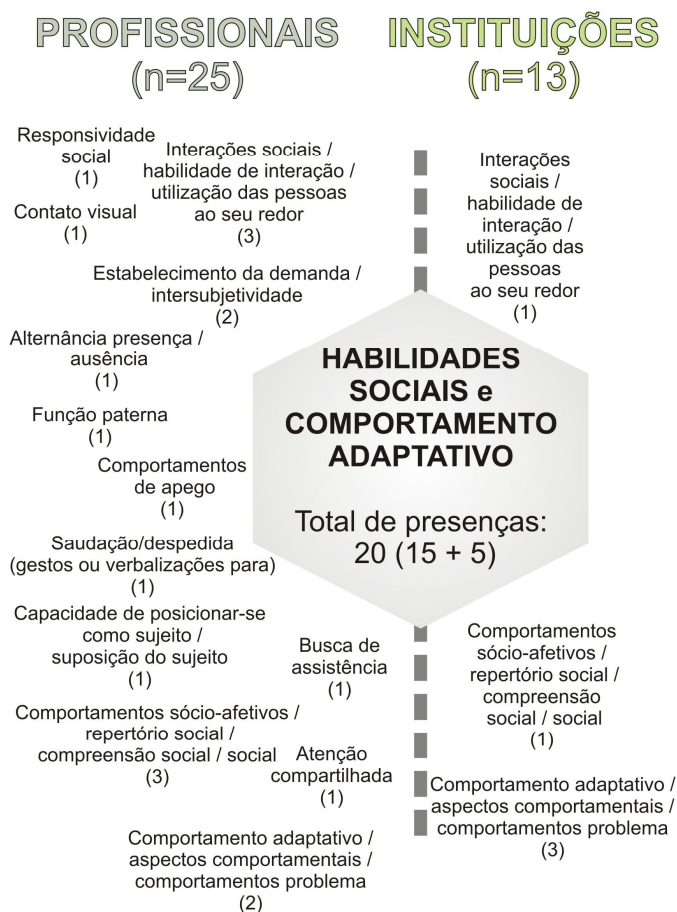


Figura 27: Elementos sobre habilidades sociais e comportamentos adaptativo, componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas

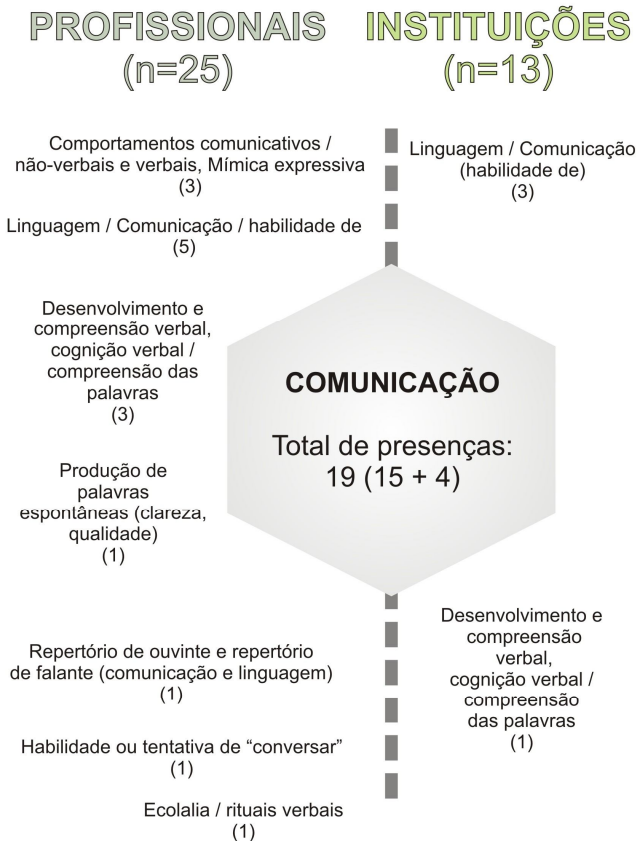


Figura 28: Elementos sobre comunicação, componentes dos protocolos de acompanhamento evolutivo de crianças autistas

5.5 CONHECIMENTOS PROFISSIONAIS PARA INTERVIR NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS

Os profissionais que se propõem a intervir no desenvolvimento de crianças com autismo devem ser instrumentalizados não apenas técnica e metodologicamente, mas com conhecimentos teóricos e científicos. Quando os participantes foram questionados sobre quais

conhecimentos consideram essenciais a quem intervir profissionalmente com crianças com autismo em idade pré-escolar, prevaleceu a recomendação de que tenham noções sobre desenvolvimento infantil, para identificar objetivamente o que deve ser traçado como meta de desenvolvimento nas crianças (PP1, PP5, PP6, PP9, PP17, PP25, PI 5, PI 6, PI 11, PI 12, PI 13). Especificamente, os participantes apontaram a relevância sobre desenvolvimento emocional (PP1 e PP4), desenvolvimento motor e cognitivo (PP 1), desenvolvimento neurológico (PP13, PP18 e PI 13), desenvolvimento da linguagem (PP18, PI 11).

Processos específicos do desenvolvimento também foram destacados, como processos de socialização/interações da criança (PP 8 e PP18), processos de (ensino)aprendizagem (PP9, PP17, PP18, PI 5, PI 7), processos de comunicação (PP8, PP9, PP16, PP17, PP25), psicomotricidade (PP17 e PP18) e desenvolvimento do brincar (PP5 e PP18). Conhecimentos relativos a processamento e integração sensoriais também foram amplamente recomendados pelos participantes especializados no atendimento com crianças com autismo (PP3, PP5, PP6, PP16, PP17, PP25, PI 6).

Os participantes compreendem que os profissionais que se dispõem à intervenção precoce com autistas devem conhecer bem o transtorno nos seus aspectos conceituais (PP7, PI 2, PI 5, PI 10), de caracterização comportamental do espectro (PP9 e PI 13), critérios diagnósticos (PP17, PI 2, PI 5), comorbidades (PI 8), etiologia (PI 11), fundamentos em psicopatologia (PP23) e psiquiatria (PP24).

Para alguns participantes, enquadrar sua prática em alguma teoria é bastante relevante (PP17), tendo sido mencionados a psicologia comportamental (PP22), teoria winnicottiana (PP5) e psicanálise (PP18). A neuropsicologia (PP22, PP23) e a neurociências (PP13) também foram consideradas importantes para fundamentar as práticas profissionais nas intervenções precoces com autistas. PP17 ressalta que é importante que os profissionais conheçam alguns programas de avaliação e intervenção. Foram mencionados: ABA (PP16 e PI 10), TEACCH (PP13 e PI 10), CFN (PP13) e PECS (PI 10) nesse item dos QPPc e QPIc.

Além do conhecimento sistematizado pela ciência ou por metodologias, alguns participantes também opinaram sobre a necessidade de profissionais desenvolverem competências pessoais para atuar com crianças com autismo em idade pré-escolar. Considerou-se, por exemplo, que o profissional deve *“saber observar, ter paciência, ter escuta para a intenção do outro, ter disponibilidade emocional e física*

para dar conta das demandas do outro” (PP17) e saber promover a construção de vínculo terapêutico (PI 6). O profissional que se propõe a intervir clínico-educacionalmente com crianças autistas precisam também ser *“emocionalmente bem resolvido”* (PI 8), *“ter seriedade naquilo que faz, mas alegria com o que está fazendo”* (PP17), *“amor, dedicação, ética profissional”* (PI 8), *“espontaneidade, criatividade, iniciativa e [ser] dinâmico”* (PI 6).

Dentre as competências profissionais e pessoais daquele que intervir com crianças com autismo também deve estar a prática de realizar supervisões para discutir sua prática, o aprender a fazer intervenções com os pais e a trabalhar em equipe com os pais e em equipe multidisciplinar (PP18).

5.6 FAMÍLIAS E INTERVENÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS

Conhecimentos necessários às famílias

Tanto profissionais quanto instituições predominam na opinião de que os pais devem ter conhecimentos específicos sobre o assunto “autismo” como forma de benefício ao desenvolvimento do filho. Quinze profissionais respondentes do QPPc ($n=16$, uma resposta não-válida), consideram importante que pais tenham conhecimentos específicos sobre autismo, pois quando *“compreendem o modo de ‘funcionar’ dos seus filhos, conseguem lidar melhor com eles, potencializar o contato e melhorar a qualidade da relação e da vida”* (PP24). Entre as instituições ($n = 9$), todos os representantes respondentes afirmaram ser importante que os pais tenham conhecimentos específicos sobre “autismo” e todos oferecem serviços que envolvam as famílias no programa de intervenção precoce com crianças com autismo.

Os conhecimentos considerados mais importantes para as famílias são relacionados aos ***comportamentos autísticos e modos de lidar com seus filhos*** (10 de 16 profissionais e 8 de 9 representantes institucionais). Essa categoria de respostas engloba as respostas que ressaltam a necessidade de pais obterem conhecimentos científicos sobre o autismo, quadro comportamental e principais características (PP6, PP7, PP24, PP25, PI 5, PI 6, PI 7, PI 8, PI 10, PI 12, PI 13), como também conhecimentos relativos ao “autismo no seu filho” (PP3, PP5,

PP8, PP16, PP18, PP22, PP23, PP24, PI2, PI 5, PI 12), referindo-se as principais dificuldades que seu filho apresenta e como podem agir para ajudá-lo a lidar com elas (PP18).

Conhecer sobre o autismo proporciona aos pais a compreensão sobre *“as razões dos comportamentos dos filhos, o que pode diminuir a angústia dos pais e aumentar a qualidade de vida de todos”* (PP6). Quando aprendem a lidar com os comportamentos dos filhos, sabendo lidar, por exemplo, com comportamentos agressivos que possam vir a ter, os pais obtêm segurança e conforto no dia-a-dia (PP8), aprender a dar limites (PI 10), contribuindo, assim, para *“uma relação mais positiva e saudável entre pais e filhos”* (PP5). Essa tarefa pode ser do profissional que acompanha a criança, pois assim beneficiará para que os pais *“sejam bons parceiros no tratamento do filho e saibam garantir qualidade de vida a esse filho ao longo do desenvolvimento dele”* (PP17).

Considerou-se relevante também que as famílias conheçam sobre ***tipos de intervenções possíveis, recomendadas e realizadas*** com crianças autistas na fase pré-escolar e sobre as intervenções realizadas com os seus próprios filhos (5 profissionais e 4 representantes institucionais). Aos pais é importante que saibam além do diagnóstico, conhecendo métodos atualizados que auxiliam o seu filho a se desenvolver (PP3), *“formas mais eficazes de intervenção para crianças com autismo”* (PI 10) e *“a rotina de atividades do filho, para que toda intervenção terapêutica tenha continuidade no ambiente familiar”* (PP6). Esse tipo de informação possibilita que *“toda intervenção terapêutica tenha continuidade no ambiente familiar”* (PI 6) e que ocorra *“trabalho conjunto com os profissionais para que em casa seja possível generalizar o aprendizado”* (PI 10).

Salienta-se que os pais tenham acesso a *“todos os conhecimentos que estiveram ao alcance da capacidade deles, tanto cognitiva quanto emocional”* (PP17), de modo que em cada fase do tratamento os pais podem manifestar-se com maior ou menor interesse em absorver conhecimentos sobre o assunto (PP17) e isso também exige a intervenção profissional para esclarecer sobre o desenvolvimento da criança autista em cada fase (PP13). Mas devem ser *“incentivados a pensarem em seu filho e não em um quadro clínico geral”* (PP18), pois não devem, *“de modo algum, se “especializar” em conhecimento técnico sobre o autismo porque isto atrapalharia seu principal papel, que é de pais”* (PP18).

Nesse sentido, compreende-se que os pais ***não necessariamente precisam de conhecimentos ou informações técnicas***, mas traduzidos

em suporte e acolhimento das “*questões cotidianas das dificuldades na convivência com esse tipo de criança*” (PP4), no contato com outras famílias que também têm filhos autistas, pois promove uma rica troca de experiências (PP1) e o contato com experiências bem sucedidas, com a perspectiva de que o limite de desenvolvimento não está determinado pelo autismo, mas pelas interações ambientais (PP9).

Reconhece-se necessário que seja possibilitado aos pais o acesso a conhecimentos científicos (PP13) relativo a *etiologia* (PP25, PI 8), *prognóstico* (PP24, PI 2), *potencialidades e habilidades* de seus filhos (PP6), com o propósito de que os pais estimulem os filhos a fazer o que podem e não o que a família gostaria que eles fizessem (PI 6) e a não criar expectativas além do que a criança pode realizar (PI 8). Por fim, é importante que os pais obtenham conhecimento a respeito dos *direitos* que seus filhos têm pela condição que apresentam (PI 5).

De modo geral, há um amplo reconhecimento sobre a contribuição que profissionais podem dar aos pais na tarefa de instrumentalização para o manejo cotidiano com seus filhos, cujas possibilidades operacionais são descritas na seqüência.

Contribuições profissionais em relação às famílias de crianças com autismo

A necessidade de envolver as famílias no processo de desenvolvimento das crianças com autismo, em intervenção precoce, é uma preocupação de profissionais e instituições. As formas com que as instituições podem envolver os pais no processo de intervenção com as crianças com autismo se dão por ações diversas, diretas ou indiretas.

As ações diretas, consideradas aquelas incitadas pelo tema autismo, são organizadas em duas categorias: 1) práticas educacionais, que englobam as práticas informativas/instrucionais, de fornecimento de orientações, de espaços para trocas técnicas e construção de conhecimentos, visitas domiciliares⁶⁰; 2) práticas terapêuticas, contemplando suporte /ou acompanhamento terapêutico/psicológico, grupos de pais, grupos terapêuticos. As ações indiretas são consideradas aquelas que envolvem as famílias por atividades não diretamente relacionadas ao autismo, como oficinas de trabalhos manuais e

⁶⁰ Visitas domiciliares foram generalizadamente consideradas ações diretas do tipo “educacional” porque as ações profissionais envolvidas trazem o conhecimento técnico a ser compartilhado com as famílias, visando à promoção de mudanças de conduta em relação ao filho autista.

confraternizações entre pais e filhos. Os tipos e número de ocorrências das ações profissionais e institucionais possíveis envolvendo famílias são apresentadas na Tabela 15.

Tabela 15: Tipos de ações profissionais e institucionais envolvendo famílias

AÇÕES DIRETAS – Total: 52			
<i>Práticas educacionais</i>			
Tipo	Profissionais (n = 16)	Instituições (n = 9)	TOTAL
Promoção de Seminários / cursos e palestras / indicação de palestras/cursos	4	5	9
Orientações interdisciplinares / grupo informativo / grupo de estudos	3	5	8
Indicação e repasse de materiais informativos	6	-	6
Reuniões com equipe interdisciplinar / pedagógicas	-	5	5
Observações dos atendimentos / sessões conjuntas / treino de procedimentos com profissionais	3	-	3
Visitas domiciliares	-	1	1
SUBTOTAL	16	16	32
<i>Práticas terapêuticas</i>			
Tipo	Profissionais (n = 16)	Instituições (n = 9)	TOTAL
Grupo terapêutico / grupos de pais / círculo de discussão / formação de redes entre pais	4	5	9
Suporte e escuta terapêuticos	4	1	5
Estabelecimento de vínculos entre pais e profissionais	2	-	2
Acompanhamento especializado com assistente social e psicólogo	-	1	1
SUBTOTAL	10	7	17
AÇÕES INDIRETAS – Total: 2			
Confraternizações entre pais e filhos	-	1	1
Oficinas de trabalhos manuais	-	1	1
SUBTOTAL	-	2	2

Entre as ações diretas, as práticas que privilegiam aprendizado e informação são as formas mais frequentes reconhecidas como meios de contribuir para que os pais tenham acessos a conhecimentos específicos sobre autismo. Prevaecem cursos de formação, seminários e palestras indicados pelos profissionais ou equipe institucional (PP5, PI 2, PI 5, PI 6, PI 12) ou indicação de eventos informativos, em formatos similares (PP7, PP16, PP17, PI 12). Os pais podem também receber contribuição dos profissionais por meio de indicação de livros e artigos científicos (PP3, PP7, PP9, PP16), publicações oficiais governamentais e de

associações, como AMA e ABRA (PP13). Nesses casos, o profissional deve saber realizar *“uma relação entre o conhecimento passado e a vida da criança naquela família [...] não adianta oferecer livros ou leituras que sejam generalizadas”* (PI 13).

Famílias também são estimuladas a participar de grupos/encontros de pais, mediado por profissionais (PP5, PP1, PI 13), *“grupo informativo”* (PI 7), *“grupos de estudo”* (PI 12) ou encontros dos pais com profissionais convidados, para trocar informações e tirar dúvidas sobre assuntos que sejam do interesse das famílias (sobre medicação, nutrição, problemas odontológicos, práticas educativas etc.) (PI 2, PI 8). As famílias podem, também, receber orientações sistemáticas sobre os trabalhos realizados pelos profissionais (PP6, PP16).

Reuniões sistemáticas com equipe interdisciplinar (PI 11), com vistas a trocas entre os profissionais e família *“para conversar especificamente sobre o desenvolvimento do filho/a”* (PI 10) e *“mostrar a evolução acadêmica e desenvolvimento de cada aluno”* (PI 13) são práticas propostas pelas instituições. Visitas domiciliares são um recurso importante para abordar e envolver famílias em benefício do desenvolvimento de uma criança autista, *“especialmente em situações que podem indicar riscos para o desenvolvimento da criança (dificuldades com comportamentos, higiene, segurança”* (PI 8).

As famílias podem ter acesso a conhecimentos específicos sobre o autismo por meio da observação dos atendimentos realizados pelo profissional (PP7) e aprendendo os exercícios realizados nas terapias para realizá-los em casa (PP 16). Participar de sessões de atendimento em conjunto com o filho possibilita o *“reconhecimento do filho em detrimento do quadro clínico, reconhecendo-os em seu papel de pais, ajudando-os a perceber as aproximações do filho e como eles podem se aproximar mais dele”* (PP18).

Dentre as práticas de cunho terapêutico, destacam-se as propostas de participação dos pais em *“grupo terapêutico”* (PI 5, PI 7), encontros entre pais (PP5, PP9, PP17), e círculo de discussão, visando a troca de experiência e a formação e fortalecimento de redes de apoio entre os pais (PP8, PI 6, PI 12, PI 13). Uma estratégia de organizar os grupos de pais é variando segundo peculiaridade dos grupos: por faixa etária, onde se conversa sobre as condições próprias de cada fase, ou por combinações etárias, como pais de adultos com pais de crianças menores de cinco anos, promovendo vivências para conhecer experiências já conhecidas e/ou que ainda serão vividas, ou ainda grupos

de pais organizados por gênero, para conversar sobre as especificidades encontradas em meninos e em meninas (PP 13)

As famílias podem ampliar suas habilidades para lidar com a criança autista por meio da escuta qualificada e suporte dos profissionais diante das dificuldades cotidianas de convivência com seus filhos (PP4, PI 5), que ouvem suas dúvidas e acolhem suas angústias (PP18). Atenta-se para “*a necessidade de focar-se em toda a família e não somente no indivíduo com autismo*” (PP8). Os profissionais envolvidos preocupam-se em “*trabalhar as expectativas e valores com relação ao tratamento das crianças de acordo com o desenvolvimento delas e relacionamento com o desenvolvimento subsequente*” (PP8).

A relação que se estabelece entre profissionais e famílias, além de sustentada por uma metodologia e planejamento, deve ser baseada em “*um laço de responsabilidades, segurança, respeito e afeto*” (PP1), encontrando nos pais “*aliados*” nessa tarefa de promover o desenvolvimento da criança (PI 6). É importante considerar que as intervenções planejadas com famílias não são sempre eficazes para todas as famílias, de modo que há intervenções que produzem resultados melhores em certo período, como na infância da criança, por exemplo, e outras sejam mais eficientes para anos seguintes (PP8).

A diversidade de dados presentes nos resultados da pesquisa empírica merecem articulação com os dados teóricos e técnicos, possível por meio da discussão crítica desses elementos. A discussão desses resultados permitirá consolidar ideias e construir referenciais para a elaboração de diretrizes no planejamento de intervenções de crianças com autismo.

6. DISCUSSÃO

Processos de intervenção com crianças autistas na primeira infância desafiam os olhares profissionais, pois o fato destas crianças compartilharem características do espectro autista não garante qualquer homogeneidade de condições para intervir. Teorias que explicam o autismo e metodologias que propõem estratégias para interferir intencionalmente sobre o desenvolvimento de crianças devem, igualmente, contar com a sensibilidade crítica e experiente dos profissionais para não serem massificadas. Quais os melhores encaminhamentos a fazer quando se tem a vida de uma criança autista nas mãos? Segue análise crítica dos dados levantados e já expostos nas páginas que antecedem essa produção.

A noção de estruturação

Há um relativo consenso sobre a necessidade de uma abordagem estruturada no que tange à intervenção no desenvolvimento da criança com transtorno do espectro autista (Milla & Mulas, 2009). Contudo, o entendimento sobre o que é estruturação diferencia-se de abordagem para abordagem. As variações compreendem duas perspectivas principais: a) de que a estruturação deve partir do ambiente físico ou do terapeuta, como proposta de estruturação externa ou como proposta de desenvolvimento dessa estruturação interna no sujeito; b) o foco principal da abordagem é sobre qual aspecto do desenvolvimento da criança é necessário construir um processo interventivo. Essas variações são repercussões das concepções de autismo e de ser humano que orientam as práticas intervencionistas.

Intervenções de natureza ambientalista tendem a abordar o autismo como sendo uma condição que requer estruturação do meio, visto que pessoas nessas condições não conseguem desenvolver a autonomia para decidir. São, então, utilizados recursos materiais adaptativos, com ênfase nas estruturas visuais, que primam por uma relação mais diretiva, dirigida e indutiva em relação à criança, com alto controle sobre os estímulos externos. Reconhece-se que o meio é fonte principal de estruturação da intervenção que possibilita o desenvolvimento das noções de previsibilidade e antecipação. Metodologias como TEACCH, ABA e PECS são referências importantes nessa concepção, de modo que acentuam os processos objetivamente estruturados e sistematizados.

Intervenções de natureza relacional, por sua vez, centram a noção de estruturação na relação do terapeuta. Metas de desenvolvimento para a criança com autismo expressas em termos como “regulação” e “regulação emocional” são maneiras de compreender que a criança com transtorno do espectro autista tem dificuldades para administrar de forma equilibrada e autônoma as suas experiências emocionais. Essas abordagens se propõem à mediação para o desenvolvimento de recursos na criança para ser capaz de organizar-se internamente diante de vivências que lhe causem instabilidade.

As metodologias têm em comum o reconhecimento da necessidade da estruturação para a criança com autismo. A diferença entre essas metodologias está na proposta de abordar a criança: umas mais diretivas, conduzindo a criança nas situações diversas de forma dirigida, evitando comportamentos disruptivos por meio da prevenção, ao propor a estrutura para que a criança não se desorganize. Outras metodologias “esperam” pela criança e trabalham a partir das suas ações, proporcionando a mediação diante das situações que eliciaram manifestações de desorganização e desajustes emocionais.

Há prós e contras em ambas as polaridades. Prevenir comportamentos disruptivos pode ser benéfico, especialmente porque isso requer reconhecimento minucioso e especializado a respeito da funcionalidade dos eventos ambientais sobre as reações da criança. Há situações em que a prevenção pode ser altamente eficiente, especialmente em contextos sociais mais complexos (escola, eventos festivos). No entanto, apenas prevenir não representa a capacidade da criança responder adequadamente quando a situação desorganizadora é inevitável.

Trabalhar a capacidade de auto regular-se na criança é um aspecto importante para o desenvolvimento de repertórios pessoais para “ficar bem”, independente de situações menos favoráveis do ambiente. Contudo, é preciso considerar que desenvolver a capacidade de autorregulação é um processo de alto investimento (de tempo e energia afetiva de quem está na relação com a criança) e será eficaz se for também promovido pelas pessoas que convivem com a criança, com constância, persistência e tolerância, para que a criança com transtorno do espectro autista tenha as condições adequadas para aprender essa habilidade. É importante, também, que as pessoas estejam preparadas para enfrentar frustrações e não percam de vista a dosagem adequada de estímulos oferecidos para a criança com autismo: prepará-la para lidar com situações potencialmente desestruturantes não significa falta de filtro dessas situações (Freire & Bastos, 2004).

Há pessoas com transtorno autista cujos processos intelectivos apresentam maior comprometimento. Nesses casos, processos de autocontrole voluntário, mediados pela consciência, tornam-se mais difíceis de serem promovidos. Provavelmente abordagens comportamentais sejam mais eficazes nessas condições, uma vez que oportunizam aprendizagem por meio de associação de estímulos, lidando mais independentemente dos processos internos e autônomos do sujeito.

Ênfases nas intervenções: forças ocultas?

O comprometimento de pessoas com autismo em funções superiores do desenvolvimento humano implica em pensar nas repercussões possíveis para a atuação dessas pessoas diante das condições cotidianas. É nesse sentido que as intervenções são pensadas: na busca de desenvolvimento dos recursos que tendem a ser mais requisitados no dia-a-dia ou, em outras palavras, de habilidades que sejam mais funcionais para a convivência.

Na categorização das respostas dos participantes sobre aquilo que consideram essencial a uma pessoa com autismo aprender, predominou menção a elementos da área de habilidades sociais e comportamentos adaptativos, seguido por habilidades cognitivas, atividades funcionais, habilidades comunicativas e funções de regulação sensórioafetiva. No entanto, se considerarmos as duas categorias de participantes individualmente – profissionais autônomos e representantes institucionais, a predominância dos elementos considerados essenciais a uma criança com autismo aprender tem significativa diferença. Entre os participantes profissionais, segue a tendência global. Entre os participantes institucionais, predominam elementos relacionados a atividades funcionais e hábitos de independência, seguidos de habilidades cognitivas e habilidades sociais.

Nos protocolos, de modo similar, as tendências se confirmam. Os profissionais, possivelmente por serem maioria entre os participantes, acompanham a tendência global. Contudo, os representantes institucionais referiram tendências diferentes em relação aos elementos dos seus protocolos de acompanhamento evolutivo das crianças. Nos contextos institucionais a categoria de itens com maior número está relacionada à área da funcionalidade de comportamentos e atividades, contemplando habilidades de independência e auto-eficiência no cotidiano da vida diária e prática.

Por que instituições se preocupam mais em ensinar hábitos de independência, (atividades da vida prática e cotidiana), do que os profissionais autônomos? A hipótese é que nas instituições há maior probabilidade de que recebam pessoas com autismo com maior comprometimento, enquanto na atividade clínica, como em consultórios, o público predominante possivelmente é composto de pessoas com graus menores de acometimento de sintomas de autismo, como aquelas sem tanta defasagem na dimensão cognitiva (QI). Essa inferência é sustentada por uma dedução acerca das relações estabelecidas entre identidades e *status* que famílias assumem diante da adesão a instituições e a clínicas particulares: o segundo contexto tende a ter caráter mais elitizado e de menor exposição social. Quando a deficiência é mais acentuada e visível, há maior tendência de institucionalizar. Quando a criança não apresenta quadro comportamental muito severo, há tendência a buscar espaços alternativos, mais privativos para abordar o problema – razões construídas culturalmente.

Essa inferência primária conduz a uma inferência secundária: eleger aspectos relacionados a comportamentos de auto-eficiência (atividades de vida diária, por exemplo) como uma das prioridades de intervenção com crianças com transtorno do espectro autista pode ser em decorrência da maior dificuldade das crianças com maior comprometimento cognitivo para aprender: numa escala de complexidade das funções mentais envolvidas entre as tarefas de habilidades de vida diária e de processos intelectuais, como linguagem, os primeiros são mais simples que os segundos.

Outro fator possivelmente explicativo é a convivência cotidiana com as diferentes faixas etárias de educandos em instituições educacionais. Essa convivência atualiza aos profissionais e famílias as preocupações que são vivenciadas, como o tempo de investimento com os cuidados pessoais dos alunos, que, quando mais comprometidos, requerem supervisão e intervenções diretas em situações como alimentar-se, higienizar-se e ocupar-se com atividades funcionais – atividades básicas e inevitáveis no dia-a-dia.

Nos contextos de consultórios, são raros os relatos de casos com nível intelectual mais severo, bem como os de longa permanência em processos terapêuticos. Também há em menor frequência, nesses contextos, a exigência do profissional para interações com as crianças em situações de atividades básicas, como higiene e alimentação, já que o tempo de atendimento pelos profissionais pode durar não mais que uma hora e meia.

A antecipação sobre o futuro das crianças que estão em idade pré-escolar é mais observada nas instituições e pode provocar necessidades em quem está responsável pela intervenção de cunho mais prático, enquanto em contextos mais individualizados há a necessidade em investir em domínios mais subjetivos, abstratos e sofisticados, como os domínios cognitivos, de comunicação e de interação social.

As relações que se constroem entre profissionais e familiares das crianças que estão institucionalizadas também devem ser pensadas. Instituições de ensino especializado são tradicionalmente fundadas e gerenciadas por pais de crianças com deficiência. Das 13 instituições pesquisadas, no mínimo oito estão vinculadas a essa condição⁶¹. Logo, uma dúbia relação se forma: a de “donos” e a de clientes, por extensão, uma vez que seus filhos são os atendidos (D'Antino, 1998).

O fato dos pais formarem a instituição, aparentemente mobilizados pela necessidade de encontrar um espaço para seus filhos serem atendidos de forma adequada e por profissionais competentes, traz junto consigo um movimento de “assistência” aos seus filhos. Essa expectativa oculta pode exercer uma força sobre aqueles que definem objetivos psicoeducacionais e terapêuticos para crianças com autismo. Os profissionais se veem num tipo de funcionamento institucional em que caminham numa tênue linha divisória entre a obediência ao desejo/demanda dos pais e a razão profissional. Os educandos, nesse caso, ficam ora à mercê do grupo gestor, detentor do poder decisório, ora das determinações a equipe técnica, supostamente detentora do saber – um saber que lhe confere certo poder (D'Antino, 1998). O autor conclui que a solução para essa problemática é mudar a relação contratual de funcionário da instituição para a de consultor. Essa conclusão ganha sentido se se pensar que a natureza do relacionamento entre os profissionais autônomos com as famílias está mais próxima de consultoria do que de funcionário, lembrando que, entre esses profissionais que atendem em contextos privados, como as clínicas, consideraram essencial que crianças autistas aprendam habilidades sociais e cognitivas.

Conhecer a disciplina para recomendar a interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade é uma condição altamente recomendada para quaisquer processos de intervenção em tenra idade com crianças

⁶¹ Dado coletado assistematicamente, por meio de email para as instituições e por consulta a sites das mesmas.

com riscos no processo de desenvolvimento. No caso do autismo, é condição *sine qua non* para dar conta das intervenções sobre as diferentes, embora integradas, áreas de desenvolvimento que são prejudicadas, mesmo sendo áreas do desenvolvimento que ficam sob a ampla designação de “desenvolvimento psicológico” e que podem receber contribuições de especialidades profissionais com que fazem interface. É o caso da área da educação, fonoaudiologia, medicina ou terapia ocupacional.

Há extensa recomendação dos profissionais sobre diferentes intervenções além das que eles próprios executam no desenvolvimento das crianças com autismo. No contexto das instituições, para saber das especialidades profissionais que consideram importante aliar nos processos de intervenção com crianças com autismo, questionou-se sobre quais são os profissionais que eles têm a disposição para o atendimento. Contudo, trabalhar apenas com essa dimensão das informações conduziria a uma interpretação ilusória: as instituições não têm sempre os profissionais que acham importantes, pois não depende apenas de querer. Por isso, no QPIc buscou saber quais profissionais ou serviços gostariam de ter, além daqueles que já possuem.

Verificou-se que as instituições dispõem ou julgam necessários para executar os serviços com as crianças com autismo profissionais especialistas das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social, predominando as duas primeiras áreas. A opção pela interdisciplinaridade é o reconhecimento de que os saberes acerca do ser humano são muito amplos e complexos, não sendo possível a uma única pessoa dominar plenamente os conhecimentos sobre o que é necessário para o desenvolvimento de uma criança com transtorno do espectro autista.

A interdisciplinaridade requer, portanto, que os profissionais trabalhem em rede. Ser interdisciplinar não é apenas agregar um conjunto de profissionais especialistas na agenda da criança, mas deve haver uma integração dessas práticas e entre os profissionais. Alguns elementos da pesquisa empírica foram pinçados para avançar na discussão dessa temática. Um deles é relacionado ao termo “terapia da fala” no QPP, utilizado pela pesquisadora na formulação de alternativas de respostas para a questão que pedia aos profissionais para informar a modalidade de suas intervenções. Uma das participantes, com formação em Fonoaudiologia, assinalou esse item e pontuou ao lado “*terapia da fala (= articulação), terapia da linguagem (envolve a comunicação)*”. Terapeutas da comunicação, como são os fonoaudiólogos, trabalham

não somente a fala das crianças com autismo, mas toda e qualquer forma de atitude comunicativa (Schwartzman, 2003).

A “correção” que a participante fez no questionário, adicionando um termo mais amplo ao lado do item do questionário, com respectivas explicações, conduz à reflexão sobre o conhecimento mínimo que cada profissional deve ter a respeito das possibilidades terapêuticas que existem em outras possibilidades. Cada profissional pode dominar o nicho de conhecimento próprio de sua especialidade profissional, mas deve garantir uma cultura geral sobre as demais disciplinas com que sua prática faz interface (Iribarry, 2002).

Ideia similar é possível ser discutida ao tomar o termo “psicoterapia” como objeto de análise. A palavra, utilizada na pesquisa pelos profissionais de outras categorias profissionais, sintetiza marcas históricas da constituição da Psicologia como profissão, com difusão da ideia de uma ciência que se ocupa dos processos emocionais, restrita principalmente ao contexto de consultórios e tendo como referência o modelo tradicional psicanalítico. Além disso, a recomendação dessa prática para intervir com crianças com autismo não é refletida no que se observou entre os próprios psicólogos participantes da pesquisa (16), cujas práticas intervencionistas são predominantemente de cunho psicoeducacional, tanto com as crianças quanto com as famílias, incluindo profissionais que se baseiam na abordagem psicanalítica, conforme a descrição das suas atividades no item “Modalidades de intervenção com crianças autistas em idade pré-escolar”, do capítulo “Resultados”.

Conexões, integrações ou agregados teórico-metodológicos

A integração de diferentes disciplinas do conhecimento para intervir sobre processos de desenvolvimento tão complexos como se apresentam nas crianças com transtorno do espectro autista é prática corriqueira. Verificou-se que a conciliação de mais de uma abordagem teórica ou de multimétodos também tem se constituído uma prática comum no tratamento de crianças com autismo. Articular técnicas ou programas terapêuticos de diferentes pressupostos teóricos deve ser condenável? Talvez seja mais sensato afirmar que condenável é restringir-se a um único viés teórico e de análise, em se tratando de um fenômeno ainda tão cheio de lacunas de conhecimento, como o autismo. Um exame mais aprofundado de teorias, metodologias ou programas de intervenção deverá demonstrar que não é possível dar conta de todas as dimensões de um objeto ou fenômeno psicológico.

No percurso prático da investigação teórica, cuja síntese se apresentou no capítulo Revisão de Literatura, verificou-se interação entre abordagens teóricas (Saboia, 2007) e consideração sobre integracionismo de técnicas terapêuticas (Lecannelier A, s/a; Oliveira, 2009). Há abordagens metodológicas que, por sua vez, são considerados “programas de intervenções combinadas”, como a Metodologia TEACCH e o Programa SCERTS (Mulas, et al., 2010).

Nas opções metodológicas dos participantes da pesquisa, verificou-se que diversas metodologias são combinadas no cotidiano de suas ações, sendo mais comuns combinações envolvendo reciprocamente TEACCH, PECS e ABA. Tais programas de intervenção são coerentemente combinados, se considerarmos a base teórica orientadora que têm. PECS e ABA são comportamentalistas e TEACCH é um programa desenvolvido para eliminar as barreiras com os processos simbólicos e de representação mental da criança com autismo, tendo como abordagem orientadora também o comportamentalismo e o cognitivismo (Vatavuk, 1997). Uma terapia que também é usualmente trabalhada em combinação com outras propostas interventivas é a integração sensorial, em geral utilizada por terapeutas ocupacionais associados aos PECS, ABA, SCERTS e *Floor-time*.

Um participante referiu a teoria de Vygotsky como base para a fundamentação de suas práticas intervencionistas, cuja metodologia central é TEACCH, argumentando sintonia entre ambas. As respostas do participante não oferecem mais elementos para compor interpretações seguras sobre sua perspectiva e concepção do autismo. Contudo, ainda que as duas perspectivas mencionadas tenham em comum a visão de determinações ambientais sobre o sujeito, apresentam distinções importantes: tradicionalmente, as bases epistemológicas do primeiro (desenvolvimentista e comportamental) abordam o sujeito como ser mais determinado pelas determinações ambientais. Já a segunda perspectiva (vygotskyana) concebe o ser humano um sujeito autônomo e determinado, ao mesmo tempo (Bock, Gonçalves, & Furtado, 2001; Zanella, 2001).

Há que se verificar, entretanto, uma conciliação ingênua das duas abordagens. A difusão mundial do behaviorismo tornando-o referência e tradição na intervenção em crianças com autismo pode provocar conflito diante das críticas atuais à educação tradicional, com ênfase na adoção de embasamento teórico na perspectiva sociohistórica, cujo representante é Lev S. Vygotsky. Nesse sentido, é possível pensar que a adoção das duas perspectivas pode ter sido motivada pela necessidade

de buscar conciliar a exigência social de dois campos de conhecimento (educação especial e métodos eficazes para o tratamento de autismo).

Para a integração das duas abordagens, é necessário fazer uma revisão crítica das técnicas e objetivos propostos por metodologias comportamentais, como o fez Vygotsky, ao longo de toda a sua produção teórica (Vigotskii, et al., 2001; Vygotsky, 1997). A concepção de educação e os princípios de desenvolvimento humanos propostos por Vygotsky ressaltam a importância das interações sociais como propulsoras dos processos de desenvolvimento humano, apostando nas relações intersubjetivas dos homens como um lugar de constituição psíquica e de humanização, como via de acesso à cultura e aos instrumentos culturais, como é o caso da linguagem.

O TEACCH, de perspectiva desenvolvimentista e comportamental, traz na sua estrutura o reconhecimento das dificuldades de pessoas com autismo em compreender os processos simbólicos e, por isso, propõe meios concretos, visuais, de organização e estruturação externa como forma de organizar a pessoa na sua relação com o meio. Conciliar as duas abordagens é possível se o método TEACCH for uma maneira de estruturar o sujeito no ambiente, sem limitar as suas possibilidades de interação com o contexto cultural, sem que seja simples troca de informações ou de comunicação mecanizada, mas que se configurem situações que proponham a assimilação do significado cultural daquela atividade. Assim, por meio da linguagem, considera-se importante proporcionar à criança autista que seja reconhecida como sujeito que, dentro de suas possibilidades e recursos utilizados, também é um sujeito de interação (Orrú, 2008).

O integracionismo consiste da articulação de diferentes referenciais teóricos, que podem ser aplicados à clínica, conforme a necessidade encontrada (Oliveira, 2009). Há uma crença elementar de que se juntarmos várias terapias eficazes teremos resultados mais eficazes. Deve-se, entretanto, tomar cuidado para não criar um ecletismo despropositado: um ecletismo real só é recomendável se o profissional estiver totalmente familiarizado com as técnicas a combinar e houver um paradigma comum que possa unificar as teorias das diversas técnicas terapêuticas (Tizon, 2004).

Toda combinação de terapia deve ser realizada com objetivo de alcançar um programa articulado, sistêmico. Nem sempre a utilização de mais técnicas ou metodologias significa terapias combinadas. Tizon (2004) reforça essa ideia ao afirmar que muitas vezes os que são chamados de terapias ou programas combinados são, no máximo, agregados provisórios cuja eficácia deveriam ser seriamente estudadas.

A liberdade do decidir sobre o outro e os riscos de ser (a)crítico

A educação regular é um direito de qualquer cidadão, garantido por lei. A escola foi eleita pela nossa sociedade como o espaço responsável pela promoção da passagem da vida particular e familiar para o domínio público. A escola deve instrumentalizar as pessoas em formação para o desenvolvimento de recursos para a convivência em sociedade (Carneiro, 2010).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1996) prevê o direito à educação infantil no Título III: Do Direito à Educação e do Dever de Educar; Art. 4º: “O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de: (...) IV. Educação infantil em creche e pré-escola, às crianças de cinco anos de idade”, conforme a Emenda Constitucional à LDB, em 2006 (Brasil, 2006). Este artigo normatiza o direito cidadão de receber educação gratuita, cujo dever é, então, do Estado. Equívocos na interpretação da LDB como um todo geram respostas e decisões curiosamente paradoxais: 1º - compreender que as famílias têm o direito, mas não o dever, de oferecer aos seus filhos educação sistematizada e regular, encontrada nas escolas; 2º - compreender que é obrigatório que todas as crianças frequentem o ensino regular desde a educação infantil.

O primeiro equívoco se refere ao **direito à educação é das crianças**, enquanto, em contrapartida, **as famílias têm o dever** de prover a educação dos filhos via escola. A Constituição Federal (CF) prevê punição aos pais que deixarem seus filhos menores fora da escola, sob argumento de que estarão descumprindo o Art 229, da CF: “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores (...)” (Carneiro, 2010). É, também, equivocada a ideia de que é **obrigatório que as crianças menores de cinco anos frequentem a educação regular**. Nesse aspecto, a LDB é clara ao prescrever, no Art. 6º, que “é dever dos pais ou responsáveis efetuar a matrícula dos menores, a partir dos seis anos de idade, no Ensino Fundamental” (Brasil, 2006).

As crianças/educandos com necessidades especiais⁶² têm direito também ao ensino na rede regular de ensino e, além disso, têm o direito assegurado por lei para receber educação especial. A educação especial, segundo Art. 58, do Capítulo V – Da Educação Especial, é compreendida como a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais a receber atendimento educacional

⁶² Termo usado na LDB.

especializado gratuitamente por providências do poder público (Brasil, 1996).

A temática que contrapõe educação regular e educação especial é uma das que mais apresentou contradições entre as respostas dos participantes. As divergências nas opiniões e posicionamentos práticos entornam as questões: 1) indicar ou não educação regular; 2) tempo de intervenção em cada modalidade de ensino; 3) critérios para decidir sobre o encaminhamento para educação regular.

O fato de três participantes representantes institucionais (PI 1, PI 2 e PI 8) terem feito menção a leis ou exigências do poder público como argumento para recomendar a educação infantil reflete um aspecto importante: a relação política e social a que estão sujeitas as escolas. A lei que normatiza o funcionamento da educação no Brasil é a LDB, como já destacada. Nessa lei, está previsto o **direito** de todas as pessoas ao acesso ao ensino comum e, por consequência, o **dever** do Estado em proporcionar esse acesso, mediante vagas e qualidade de serviço. Aos pais, é determinado o **dever** de matricular seu filho no ensino comum a partir dos seis anos de idade, pois a sociedade elegeu e reconhece a escola como instituição que vai promover a passagem da vida particular e familiar para o domínio público (Carneiro, 2010). Com relação à educação infantil, não há obrigatoriedade dos pais de que seus filhos a frequentem. Por que, então, as instituições podem sentir-se impelidas a fazer esse movimento? Estaria no reconhecimento da importância da educação infantil sobre o desenvolvimento das crianças pelas instituições ou estaria na facilidade maior de controle do Estado sobre as instituições do que sobre os profissionais autônomos?

As instituições participantes são todas organizações-não-governamentais (ONGs)⁶³ que estabelecem relações de dependências com fontes do Estado, seja por envio de verba monetária direto à instituição, seja por convênio com cessão de profissionais. Tais relações as tornam submetidas aos mesmos princípios da gestão educacional estatal. Por quê? Porque, por dependerem dos recursos financeiros do Estado⁶⁴, tendem a regular a oferta de serviços pelos mesmos critérios

⁶³ Embora não tenha sido item de questionários (QPI ou QPIc) obteve-se conhecimento, assisticamente, de que das 13 instituições pesquisadas, uma é mantida pelas próprias famílias e pelo menos oito são mantidas ou recebem verbas de governos municipal ou estadual, além de doações da comunidade.

⁶⁴ Apesar de receberem recursos públicos, em geral esses recursos não são soluções econômicas para as instituições, pois o custo dos serviços é sempre muito superior à verba recebida, cabendo à sociedade civil a responsabilidade da complementação do orçamento institucional (D'Antino, 1998).

pelos quais o Estado funciona. É o caso da dupla matrícula: mesmo que se reconheça que uma criança autista exige tratamento intensivo, preferencialmente no modelo 1:1, isso se torna inviável quando as políticas que regulam a quantidade de professores enviada determinam que seja enviado um professor para cada cinco alunos com deficiência – independente do nível de comprometimento / dependência da criança a ser atendida. Outro exemplo são as crianças em idade escolar que, por lei, têm direito a atendimento especializado no contraturno por duas vezes por semana. Caso a escola compreenda que deve ofertar mais tempo de atendimento, deverá assumir um custo que nem sempre tem condições de fazer.

Profissionais autônomos, por sua vez, definem suas formas de trabalhar e funcionar sem tais interferências por diversas razões, mas que, em última análise, estão determinadas por questões socioeconômicas. A probabilidade de que a clientela que acessa serviços de profissionais autônomos escolha escolas privadas é maior. Logo, o controle sobre as práticas combinadas no atendimento à criança é também menor nessa esfera. Os profissionais autônomos parecem sofrer menos o controle social, político e legal de suas práticas e passam a centrar-se mais sobre as necessidades do indivíduo, enquanto escolas podem ficar mais preocupadas em oferecer o que é legalmente correto, sofrendo as determinações de ordem coletiva, do que dirigir suas forças para o compromisso direto com as necessidades de desenvolvimento da criança.

Seria o caso de se pensar que instituições fazem mais “ponte” com a comunidade e estão mais sujeitas às fiscalizações e sanções legais e que os profissionais têm o funcionamento de suas atividades de modo mais privativo e, com isso, conseguem manejar diferentemente esses movimentos? Há uma problemática nesse sentido: por um lado, as instituições tendem a submeter-se a decisões já tomadas por instâncias maiores, sobrando pouco espaço para reflexões, enquanto profissionais podem, pela natureza das suas atividades, dar mais conta de decidir a partir de cada caso, individualmente, não por realidades massificadas. Contudo, não significa que profissionais que consideram tantas especificidades possam de fato tomar decisões positivas acerca dos processos inclusivos: a máxima “todos somos iguais, todos somos diferentes” parece tomar pesos diferentes para cada categoria de participantes da pesquisa. Os que estão em contextos predominantemente coletivos colocam as diversidades em categorias mais gerais, enquanto em contextos mais individualizantes o parâmetro é a discriminação cada vez maior das diferenças.

Por que encaminhar uma criança com transtorno do espectro autista para a escola?

No que se refere aos critérios adotados pelos profissionais e representantes institucionais, alguns participantes adotam como referencial para decidir sobre o encaminhamento/recomendação para a escola a prontidão da criança para a aprendizagem, considerando que a criança deve apresentar comportamentos de imitação (PP5), atenção, contato visual, linguagem receptiva (PP16), deve ser averiguado o nível de [des] organização da criança (PP24), e a criança deve ter capacidade mínima de sair do auto-isolamento (PP18). Tomar tais processos e comportamentos como pré-requisitos para possibilitar à criança a convivência e aprendizagem nos espaços de ensino regular merece uma discussão crítica em relação à expectativa sobre a escola e compreensão da sua função.

A escola é uma invenção da humanidade, criada para atender à demanda social de transmitir os conhecimentos construídos pela cultura humana para cada geração vindoura. Por meio da escola, considerou-se possível dar condições para que as pessoas dominassem os instrumentos culturais essenciais para a convivência do homem em sociedade. Pois bem. A sociedade também passou a compreender, em torno do início do século passado, que as pessoas com deficiências poderiam ser educadas, sujeitos epistêmicos, capazes de aprender. Compreendeu, assim, que deveriam ir para a escola – escolas especiais (Junkes, 2006).

A década de 1990 foi marcada por movimentos sociais que buscavam mudanças de paradigmas, pois compreendiam que as crianças com deficiência teriam o direito de frequentar escolas de ensino regular – o direito como uma ação social e solidária. Só que a escola foi tomando formato cada vez mais específico, de tal forma que as crianças é que precisavam se adequar a ela, se enquadrar nesse espaço. A escola criou um mundo à parte, com regras à parte e com conteúdos a serem ensinados nem sempre conectados com a vida para a qual as crianças deveriam se preparar (Bock & Aguiar, 2003; Patto, 1999).

A entrada de crianças com deficiência nas escolas ocorreu sob um percurso não muito tranquilo, como é possível imaginar. Uma das principais questões está na dificuldade de tornar compatíveis tantas diversidades no mesmo espaço, enquanto muitos profissionais da educação fundamentam suas práticas em modelos que não estão preparados para a diferença e heterogeneidade, numa perspectiva de homogeneização (Freitas, 2008; Schiling & Miyashiro, 2008).

Quando os participantes profissionais e institucionais compreendem que as crianças precisam apresentar certos recursos para irem à escola, pensou-se em três possibilidades para interpretar essa concepção dos profissionais. A primeira diz respeito à compreensão que pode estar implícita de que a escola é um lugar de homogeneidades, em que as crianças devem chegar mais ou menos num certo nível de igualdade para que possam conviver; como se todas as crianças que chegam à escola estivessem numa igualdade de funcionamento nesse sentido⁶⁵. É uma concepção que lida com os processos psicológicos básicos apenas como causa da aprendizagem, quando a própria aprendizagem é causa da existência desses. Há uma causalidade recíproca entre aprendizagem e processos como “atenção”, “linguagem receptiva” entre outros, de modo que não só tais processos possibilitam a aprendizagem como também esses processos passam a existir por meio do aprendizado, sendo, então, alvos de intervenção na escola.

A segunda possibilidade de interpretação dessas ideias é a de que os participantes podem reconhecer esses processos como possíveis de serem desenvolvidos, mas também reconhecem que a escola, tal como se apresenta hoje, não dá conta de oferecer espaços de interações que proporcionem o desenvolvimento de crianças com autismo do modo esperado – como se a escola não estivesse preparada ainda para atender às necessidades da criança com autismo e, nesse caso, escolhe preservar o acesso das crianças a essa realidade.

Uma coisa é certa: a escola não é um lugar estático e precisa rever consciente e reflexivamente suas condições de funcionamento. A escola, entretanto, só irá mudar sua forma de compreender e agir diante das novas funções sociais quando ela puder experimentar efetivamente essa nova realidade. Algumas características que podem favorecer o comprometimento da escola com crianças com transtornos do desenvolvimento são: flexibilidade, escuta, rejeição de uma postura de “correção do inadequado” e busca de um acolhimento dos possíveis múltiplos significados das ações dos indivíduos (Garcia Junior, 2008). Ou seja, só vai se instrumentalizar para dar conta das realidades da nova clientela quando estiver em contato com a nova clientela. Nesse caso,

⁶⁵ Numa dimensão bem mais sutil sobre as diferenças, Izabel Galvão faz uma crítica semelhante ao discutir a necessidade de movimentos e a condição da atenção, ainda flutuante e instável, de crianças menores de seis anos. A autora verificou as concepções e abordagens de professores sobre esses processos, como algo que atrapalha a aprendizagem, que deve ser eliminado, contido, para que a criança possa aprender - como se esses próprios comportamentos não fossem questões a serem aprendidas durante o próprio processo educacional (Galvão, 2004).

parece fazer sentido que as coletividades nas instituições consigam mais facilmente começar a dar movimento a essa onda ainda tão estagnada que é a da inclusão de crianças com deficiência. Por sinal, há uma instituição brasileira que desenvolve um trabalho voltado especialmente para a tarefa de incluir, com críticas ao sistema global que encontramos no Brasil. Nesse espaço, aliam educação e terapia, ensino e tratamento, convivência e inclusão – de todos, não só das crianças autistas, psicóticas ou com deficiência (Colli, 2005).

Há, portanto, dilema ético: dá-se oportunidade para que a escola aprenda a se instrumentalizar, por meio da convivência cotidiana com crianças com autismo e, com isso, arrisca-se “perder tempo no desenvolvimento das crianças com autismo” ao destinar sua educação a quem ainda não está preparado? Ou é mais ético preservar o sujeito e encaminhá-lo para o lugar em que as ações diretas já podem ser compreendidas como mais eficazes e adiar o preparo da escola regular para educar crianças com deficiência?

A terceira possibilidade interpretativa é derivada da segunda. Quando os participantes informaram a respeito dos critérios para decidir sobre encaminhar ou não crianças autistas à educação infantil regular, consideraram, entre eles, aspectos psicológicos bastante prejudicados nas crianças autistas e que são determinantes importantes para que ocorra a aprendizagem de coisas novas.

Crianças de desenvolvimento típico, como já apontado, se apropriam espontaneamente de uma série de habilidades que foram considerados pelos participantes como processos de prontidão para a aprendizagem. Assim, a falta da capacidade de imitar, de compreender a linguagem social, de conseguir sair minimamente do isolamento são aspectos que dificultam processos de aprendizagem em espaços coletivos. Crianças com autismo podem ser gravemente prejudicadas nos processos de escolarização em função das inabilidades sociais, prejuízos nas funções executivas e limitação nos processos empáticos – todos elementos psicológicos complexos e importantes para a construção das interações sociais, que ocorrem também nas relações entre quem ensina e quem aprende (Ortiz, Aguiar, & D'Antino, 2004).

Escola é para educar e transformar sujeitos. Apenas frequentar as escolas, sem receberem o atendimento educacional de acordo com as suas necessidades, não é suficiente para considerarmos que esteja ocorrendo inclusão (Ortiz, et al., 2004). É preciso cuidar para que não se exerça apenas uma luta política pela inclusão da criança na escola, que é direito de todo cidadão. Parafraseando Silva (2007), o melhor para cada

criança não é a inclusão escolar ou o atendimento especializado, mas aquilo que é pensado específico e especialmente para ela.

Autismo, não. Autismos. Controvérsias em relação ao atendimento individualizado ou coletivo.

Divergências habitam a decisão sobre se a criança com transtorno do espectro autista deve ser atendida privilegiadamente em grupo ou individualmente. Tais divergências se encontram em diversos níveis: seja por concepção do profissional quanto às melhores condições para o autismo “genérico”, seja por condições de trabalho possíveis de serem oferecidas, seja por considerar condições específicas de cada criança com transtorno do espectro autista.

O discurso contemporâneo sobre a educação inclusiva tem provocado tensões entre todos os envolvidos – professores do ensino regular, da educação especial e famílias. Junto dessa discussão, em geral, assentam argumentos relacionados à história da educação especial, por muito tempo ligada à educação compensatória, ao assistencialismo, e recebendo também críticas com relação a isolar crianças durante os processos educativos. Muitas vezes, os profissionais podem sentir-se culpados por privilegiar o atendimento individualizado ou podem ignorar as limitações da criança com autismo em circunstâncias de aprendizado específico.

Nas práticas dos participantes da pesquisa, há uma predominância de atendimento individualizado no que se refere à intervenção especializada. Contudo, a indicação pela educação regular é prática da maioria dos profissionais e instituições. Que equação é possível realizar a partir disso? Conclui-se que especialistas experientes na intervenção com crianças com autismo têm respondido praticamente conforme é recomendado na literatura científica nacional e internacional (Lampreia, 2007; Mulas, et al., 2010). Afirma-se que um bom tratamento para crianças com transtorno do espectro autista deve ser individualizado, estruturado e intensivo (Fuentes-Biggi, et al., 2006).

As medidas da individualização nos atendimentos podem ser flexivelmente avaliadas e planejadas – especialmente em função dos níveis de acometimento dos sintomas e do grau de funcionamento cognitivo das crianças em questão. Quanto mais acometido pela sintomatologia do autismo (isolamento, falta de linguagem expressiva/compreensiva, padrões repetitivos e restritos de comportamento, resistência à aprendizagem, atipicidade quanto à responsividade sensorial e social, presença de comportamentos auto e

hétero lesivos) e quanto menor o grau de funcionamento cognitivo, maior a necessidade de intervenção individualizada e mais intensiva.

Quanto à frequência das crianças com transtorno do espectro autista na educação infantil regular, em geral, elas respondem melhor em classes pequenas e bem estruturadas (Schwartzman, 2003). Classes pequenas podem ser consideradas aquelas com número médio de 10 a 15 crianças, no máximo. Ainda assim, a educação infantil regular deve ser avaliada também quanto às condições de ensino (recursos humanos) e socialização para a criança. É importante garantir um canal de comunicação entre profissionais que a acompanham no atendimento especializado e escola, para estudos de caso, construção crítica dos objetivos e estratégias de trabalho no contexto educacional e avaliação dos processos de desenvolvimento da criança.

Assim como Rosemberg construiu fatores prognosticadores do processo de desenvolvimento da criança com autismo (Figura 4), a identificação dos elementos que devem ser levados em consideração no planejamento das intervenções com a criança autista sugerem fatores prognosticadores do desenvolvimento de uma criança com autismo em relação às condições de intervenção que a criança recebe.

Com base na literatura e no que recomendam profissionais e instituições especializadas no atendimento e crianças autistas, pode-se dizer que são fatores positivos para um prognóstico mais favorável: quanto mais elevado for o funcionamento cognitivo, o suporte especializado na escola regular, oportunidades de interações sociais, comunicação entre os profissionais especializados com os do ensino regular e o envolvimento da família. São fatores que podem comprometer o desenvolvimento da criança com autismo: quanto maior a idade da criança, mais intenso e abrangente o acometimento dos sintomas do autismo, quanto maior o número de alunos na sala e quanto mais houverem condições autizantes.

O planejamento dos tempos de intervenção sobre o desenvolvimento da criança com autismo, bem como as proporções entre tempo de educação regular e tempo de intervenção especializada requer uma possível antecipação (previsão) sobre as repercussões da socialização sobre o desenvolvimento da clínica do autismo na criança. Para a criança para quem se planeja a intervenção, é preferível maior intensidade de interações abertas e assistemáticas ou de processos controlados de interação? Em geral, quanto mais nova a criança, são mais recomendáveis interações controladas e estruturadas. Nesse sentido, a criança com autismo não difere das crianças de desenvolvimento típico, pois a um bebê ou criança muito nova também

é importante oferecer certa regularidade e estabilidade nas interações e atividades proporcionadas – mas é necessário que as intervenções sejam mais intensas e conscienciosamente planejadas quando se trata de crianças com desenvolvimento atípico, como no caso do autismo.

Por fim, com relação às especificidades do autismo e a coordenação entre as propostas individuais X coletivas, ensino especializado X ensino na educação infantil, cabe uma problematização: é possível pensar a escola com um lugar de “clínica”? Na proposta de Colli (2005) e Kupfer (2010), sim. Entretanto, ainda que a Escola Terapêutica seja uma proposta brasileira, infelizmente ainda está longe de se tornar uma prática popularizada. Mas a escola vem sendo requisitada há muito tempo para olhar os indivíduos pelo que eles são, e ao diferenciá-los uns dos outros, reconhecendo singularidades nas suas manifestações, expressões de ser e necessidades em relação aos outros, pode ser considerada como uma forma de atuar clinicamente sobre as crianças.

Outra questão relacionada a isso é o trabalho de acompanhante terapêutico, bastante conhecido no contexto da clínica com psicose. É uma proposta que tem sido utilizada como referencial para os processos inclusivos. Na experiência profissional da autora, a atividade de “terapeuta itinerante” é uma forma de intervenção de profissional da área da Psicologia sobre os processos inclusivos, com proposta de potencializar as condições de aprendizagem do contexto educacional, além de mediar os processos de interação social e mediar a regulação emocional diante da presença de comportamentos disruptivos (Wolff, 2003). Na rede regular de ensino estadual de Santa Catarina e municipal de Joinville, essa proposta foi adaptada com a disponibilização de professores-monitores, ou segundo-professor. Trata-se de uma pessoa da área da pedagogia que acompanha a criança com autismo no cotidiano educacional. Tais práticas são formas de oferecer uma das características das instituições de atendimento especializado: a interdisciplinaridade. Também uma maneira de reconhecer o potencial terapêutico que a educação pode ter sobre os sujeitos.

Crianças autistas são crianças

Os dados coletados no campo da literatura científica e no campo empírico foram tão centrados na problemática do transtorno do espectro autista que por vezes parecia esquecer-se de que o enfoque eram *crianças*. O autismo é um transtorno tão enigmático e tão complexo que pode levar os profissionais a dirigir todas as forças na busca de

desvendar o que é atípico. O fenótipo comportamental atípico envolve tanto aqueles que buscam medidas de intervenção que pode distanciar profissionais e pesquisadores da criança que, antes de qualquer coisa, se encontra nessa pessoa em questão.

Nesse sentido, a discussão sobre a participação de processos educacionais regulares é um dos elementos que envolvem o “ser criança”. Kupfer afirma que “uma criança só é criança quando está na escola” (apud Garcia Junior, 2008). Kupfer e outros adeptos de suas ideias fazem incursões teóricas, explicativas e argumentativas dos casos ilustrados de inclusão educacional de crianças com autismo (Ávila, 1997; Colli, 2005).

No campo empírico da pesquisa, identificou-se uma tônica sobre a comparação com traços típicos comportamentais e desenvolvimentais humanos ao tratar da criança com autismo. Ao mesmo tempo, sentiu-se falta da inclusão de uma atividade inerentemente humana e presente, sobretudo, na infância: o brincar. A atividade do brincar é ausente ou significativamente prejudicada nas manifestações comportamentais de crianças com autismo. Seu impacto sobre o desenvolvimento infantil faz interface com dimensões afetivas, uma vez que se define por ser intrinsecamente motivado, espontâneo e voluntário. Faz interface com dimensões cognitivas, em razão dos processos simbólicos subjacentes a essa atividade, quando envolve o jogo do faz-de-conta e demais processos imaginativos. Faz interface com os processos sociais, uma vez que se dá na interação com objetos e pessoas. A atividade de brincar assume foco especial, por volta do segundo ano de vida no desenvolvimento típico, sobre o repertório das atividades humanas, como tipicamente encontram-se nos jogos imitativos das crianças que reproduzem ludicamente as profissões dos pais e outras ações das pessoas de sua cultura.

A atividade do brincar deve estar incluso em programas de intervenção sobre o desenvolvimento de crianças autistas. Contudo, é importante atentar-se aos modos de abordagem sobre essa atividade. Brincar é uma atividade, por definição, internamente motivada, flexível, espontânea e voluntária. Ensinar a brincar deve levar em consideração que é uma ação com fim em si mesmo, não meio para algo. Portanto, o ensino do brincar por meio de intervenções comportamentais altamente estruturadas, repetitivas e com reforçadores externos deve ser questionado. O ensino da habilidade de brincar é mais eficaz quando construída a partir das habilidades existentes nas crianças ou cuja motivação esteja na própria atividade, não em recompensas externas (Lockett, Bundy, & Roberts, 2007). É importante cuidar para que o

princípio da sistematização e estruturação não engessem práticas prazerosas e espontâneas como o brincar.

Famílias e autismo: um duplo lugar na relação com o profissional e com a criança

A primeira etapa da pesquisa bibliográfica concentrou-se na caracterização e explicações sobre o autismo, métodos para detecção e métodos de intervenção – o que resultou na elaboração dos primeiros questionários (QPP e QPI). A partir da pesquisa bibliográfica, identificou-se uma ênfase significativa sobre as famílias nos processos de intervenção precoce (Bailey, et al., 2004; Bruder, 2000; Guralnick, 2008). Por isso, o QPPc e o QPIc tiveram dois itens que investigaram se os participantes entendem ser importante que pais tenham conhecimentos específicos sobre o autismo, qual a natureza do conhecimento e como os profissionais podem contribuir para esses processos com famílias, cujos resultados foram apresentados no capítulo anterior.

A família tem sido um foco sistemático em estudos e propostas de intervenção dirigidas a crianças com autismo. Na literatura internacional, os temas mais abordados têm sido relacionados a: estresse e dificuldades emocionais, grupos de suporte e qualidade de vida, características das famílias, perspectivas das famílias a respeito da criança autista e resultados de intervenções em que famílias são envolvidas, nessa sequência, pela ocorrência de publicações (Fernandes, 2009).

O termo “intervenção precoce centrado na família” refere-se a uma filosofia de cuidado e um campo de prática. Desde a década de {} literatura tem trazido as famílias como integradas aos serviços de intervenção precoce (Bruder, 2000). Crianças com transtorno do espectro autista precisam de intervenção intensiva, abrangente e duradoura e não é possível realizar de forma fragmentada no tempo e no espaço, deixando a criança imersa apenas em contextos profissionais. Os espaços de convivência cotidiana da criança devem seguir princípios de interação que favoreçam seu desenvolvimento.

Na pesquisa empírica, verificou-se que famílias ocupam um duplo lugar: de “co-atendido” e de “co-terapeuta”. Ora são elas que devem ser acolhidas junto com seus filhos, ora são elas que devem desenvolver recursos junto com os profissionais para que possam dar continuidade às intervenções no cotidiano. Entre os respondentes da pesquisa, há uma tônica significativa, embora não predominante, sobre o

lugar da família como co-atendido – pais e mães requerem acolhimento, escuta. Entre os referenciais teóricos, especialmente pela natureza das investigações realizadas pela pesquisadora, o predomínio da abordagem das famílias como co-terapeutas foi ainda mais significativo.

Muitas metodologias dão às famílias o lugar de co-terapeutas, como no Programa Lovaas, ABA, PECS, Programa Hanen, Son-Rise entre outros. Nessas situações, as famílias são ensinadas/orientadas para o exercício de uma função terapêutica na relação com seus filhos, reforçando o ensino de habilidades ou atuando como mediadores para desenvolvimento de vínculos e reciprocidade social, por exemplo. Esse lugar é também corroborado pelos participantes da pesquisa empírica, que consideraram importante que as famílias tenham acesso aos conhecimentos sobre autismo, etiologia, prognóstico, formas de lidar com o filho, entre outros.

O lugar dos pais nos processos interventivos de seus filhos com transtorno do espectro autista é fundido com o lugar de quem precisa de acolhimento e orientação. Ao mesmo tempo em que são convocados a darem continuidade aos processos educacionais e terapêuticos, há o reconhecimento das fragilidades que podem estar presentes nas famílias que têm um filho com autismo. As manifestações comportamentais típicas do transtorno e o grau de comprometimento são elementos potencialmente estressores para pais e irmãos que convivem diariamente com essas crianças (Fávero, 2005; Schmidt & Bosa, 2003, 2007; Sprovieri & Assumpção, 2001).

Deve-se, contudo, tomar cuidado com pressupostos e projeções pessoais sobre as manifestações emocionais das famílias em relação aos seus filhos. As famílias podem desenvolver atitude resiliente diante das adversidades da vida, não se diferenciando em relação aos modos de funcionar, quanto à presença, tipo e forma de lidar com eventos estressores e pela presença de sintomatologia depressiva, quando comparado outras famílias em condições similares, mas sem a presença de um membro com autismo (Sanchez & Baptista, 2009). Irmãos também podem desenvolver-se nesse contexto sem prejuízo no processo de desenvolvimento, como, por exemplo, nas habilidades sociais (Gomes & Bosa, 2004).

Não se pode esquecer também que famílias são as que estão vivendo o dia-a-dia e sentem o que é importante e necessário para o seu filho. O conhecimento tácito das famílias não deve ser ignorado. A noção de que pais devem ser orientados deve ser relativizado e flexibilizado pelos profissionais, que precisam também ouvir as famílias. A empatia do profissional em relação ao que os pais vivenciam

com seus filhos pode ser um elemento rico na construção de programas de intervenção (Bruder, 2000). Além do que, não se pode pensar em construir planos de intervenção sobre uma criança sem considerar os contextos que irão lhe requerer habilidades: com as famílias é que passam a maior parte do tempo, é lá que lhe serão exigidas habilidades.

O profissional como ferramenta de seu próprio trabalho

Sem dúvidas, muitas informações e conhecimentos especializados são necessários para o trabalho com crianças com autismo. Os participantes da pesquisa fizeram pontuações importantes nesse sentido ao considerar que entre os conhecimentos necessários aos profissionais não estão somente àqueles encontrados em livros ou academias: estão também nas competências pessoais.

Além dos instrumentais teóricos e técnicos, o profissional se coloca diante da criança com autismo como pessoa, sendo ele próprio sua ferramenta de trabalho. Essa questão ficou mais explícita nas respostas dos profissionais que participaram da pesquisa, ao tratarem dos conhecimentos necessários como algo que transcende a ciência: requer um profissional com certos atributos para o trabalho com crianças autistas, características de ordem pessoal, que garantam um “estar bem” para o trabalho.

De tantas peculiaridades na constelação comportamental da criança autista, destaca-se sua interação social atípica e falta de reciprocidade espontânea diante das investidas do meio, repercutindo em resistência para o aprendizado. Crianças com transtorno do espectro autista não se comunicam pelas vias convencionais. São aspectos que exigem um profissional que aposte no desenvolvimento de um ser por meio da escuta por vias também atípicas. É preciso que o profissional esteja atento no cotidiano de suas interações para captar as mínimas ações da criança e dar sentido a elas. É necessário um profissional inteiro, plenamente disponível e conscientemente ativo para essa relação.

Na perspectiva educacional, a interação com crianças com autismo deve levar em consideração não só os potenciais de aprendizagem da criança, mas também os potenciais de ensinagem do profissional que fará a mediação e oferecerá referenciais para o desenvolvimento da criança (Orrú, s/a). As competências profissionais vão além do conhecimento técnico. Não basta “depositar” conhecimentos para que a criança os internalize (Freire, 1981).

O profissional que intervém sobre pessoas se coloca como ferramenta do próprio trabalho. Intervir, portanto, sobre o desenvolvimento de crianças com autismo requer investimento de tempo e afeto. Não é apenas uma atividade da razão, é uma atividade que implica em alguém que se disponha a vincular-se com a criança, pois o processo de humanização, a que todos da espécie estão sujeitos a partir do momento em que nascem, só é possível por meio do estabelecimento de uma relação interpessoal que garanta o desenvolvimento de vínculos, inserção no universo simbólico e expectativa de transformação sobre a criança (Marques & Arruda, 2007; Orrú, s/a).

7. PROPOSTA DE DIRETRIZES

As diretrizes apresentadas nessa dissertação orientam a construção de protocolos de atendimento / intervenção clínico-educacional em processos de desenvolvimento psicológico de crianças com autismo antes dos seis anos de idade. A exemplo do protocolo proposto por Dias & Radomile (2007), o produto dessa pesquisa não consiste numa sistematização das condutas práticas para o profissional, mas um guia para orientar o planejamento dessas condutas. A orientação para o planejamento de programas de intervenção em crianças com diagnóstico ou risco de desenvolvimento de transtorno autista se torna possível a partir do reconhecimento das áreas e funções psicológicas essenciais que devem ser alvo da intervenção profissional. As diretrizes são compostas por princípios orientadores e eixos de desenvolvimento psicológico, bem como um “*menu*” de metodologias para intervenção frequentemente referidos pela literatura e recomendados por profissionais experientes nesse campo e respectivas ênfases .

As diretrizes foram construídas com base no preceito de universalidade e equidade. Ou seja, no caso da síndrome do autismo, a compreensão de que, ainda que haja particularidades entre cada sujeito autista, há um eixo norteador que os classifica na categoria “transtorno do desenvolvimento autista”, tornando comum uma série de necessidades terapêuticas e educativas. Esse eixo norteador orientou o processo de investigação na presente pesquisa, buscando, entre os materiais coletados, construir uma linguagem comum para subsidiar o profissional no planejamento de interferência qualificada e promotora de aprendizagem e desenvolvimento, numa abordagem também preventiva (Silva & Dessen, 2005), visto que essa fase de desenvolvimento é crucial para a instalação de habilidades e para evitar “cristalização” das dificuldades, muitas vezes consideradas inerentes à síndrome (Bryson, et al., 2003; Filipek, et al., 2000; Golse, 2005).

7.1 PRINCÍPIOS ORIENTADORES DAS DIRETRIZES

A proposição das diretrizes traz alguns planos compreensivos, aqui tidos como orientadores na intervenção profissional no âmbito do desenvolvimento de crianças com espectro autista menores de seis anos. Há alguns consensos identificados na literatura especializada e corroborados pelas práticas e crenças compartilhadas pelos profissionais

e representantes institucionais experientes no tratamento clínico-educacional de crianças autistas. As diretrizes são sínteses desses dados analisados e têm os seguintes princípios orientadores.

1. Intervenção sobre os diferentes sistemas de interação da criança com transtorno do espectro autista
2. Intervenção especializada intensiva
3. Estruturação e sistematização
4. Interdisciplinaridade
5. Maximizar interações sociais e minimizar condições autistizantes

1. Intervir sobre os diferentes sistemas de interação da criança com transtorno do espectro autista

A revisão de literatura e os resultados da pesquisa empírica demonstraram que intervenções sobre o desenvolvimento de crianças com autismo devem considerar os contextos em torno do qual essa criança vive e com o qual interage (Mulas, et al., 2010; Sussman, 2004). Por isso, as intervenções precisam contemplar as famílias e contextos mais ampliados como espaços de intervenção e, ao mesmo tempo, como ferramentas no processo de intervenção. Isso significa que a função do profissional, diante da criança com autismo, não deve se restringir à interferência individual e centrada na criança, dado que ela é um sujeito de relações com a família e comunidade, e são nesses contextos sociais que se encontram as condições mais ou menos autistizantes, mais ou menos estruturantes, mais ou menos interferentes sobre o desenvolvimento da criança (Fuentes-Biggi, et al., 2006; Milla & Mulas, 2009). O primeiro princípio, portanto, amplia o contexto de intervenção quando se tratam de crianças com transtorno do espectro autista menores de seis anos, conforme ilustrado na figura 30.



Figura 29: Princípio de intervenção sobre três níveis de interação: criança, família e comunidade

A criança é o alvo primário das intervenções intencionais. A família é alvo secundário, considerado o primeiro e microsistema de interação da criança, e a comunidade é alvo terciário, considerada mesossistema, contemplando a família ampliada, os espaços escolares, entre outros. O princípio de intervenção sobre os diferentes sistemas de interação da criança com transtorno do espectro autista diz respeito à função do profissional de instrumentalizar famílias para maximizar a interação social qualificada para com a criança, visando a alargar os níveis de intersubjetividade desta com o mundo, garantindo maior permeabilidade para novas aprendizagens e capacidade de regulação emocional diante das circunstâncias sociais (Klin, et al., 2006; Saboia, 2007). No que tange ao microsistema familiar, muitas metodologias propõem que famílias participem como coadjuvantes no processo de intervenção (Sussman, 2004) e que sejam acompanhadas no processo de intervenção junto com a criança (Vorgraft, et al., 2007).

Nos contextos mais abertos de interação, as intervenções profissionais visam a organizar os espaços socializantes, cuja frequência de interação e sistematização nem sempre é tão ampla. A criança em desenvolvimento precisa também experimentar situações abertas e menos controladas de interações. A escola e outros espaços comunitários são contextos capazes de realizar a interação dos mundos interno e externo da criança e onde se constroem laços sociais importantes para o desenvolvimento humano. Crianças com graves

alterações no desenvolvimento psicológico necessitam de apoio constante e direto em suas relações interpessoais e intrapsíquicas (Garcia Junior, 2008). Como apresentado no capítulo teórico, existem programas e metodologias voltadas para esses objetivos (Ávila, 1997; Honda & Shimizu, 2002; Kupfer, 2010; Schwartz, et al., 2004).

Ambos os níveis do sistema podem ter dupla função no sistema de interação: como campos de intervenção e, simultaneamente, instrumentos para as intervenções sobre o desenvolvimento da criança. Cada nível do sistema de interação em que a criança está imersa recebe intervenções mais diretas e intensas quanto mais próximo dela se encontrar, conforme figura 31.

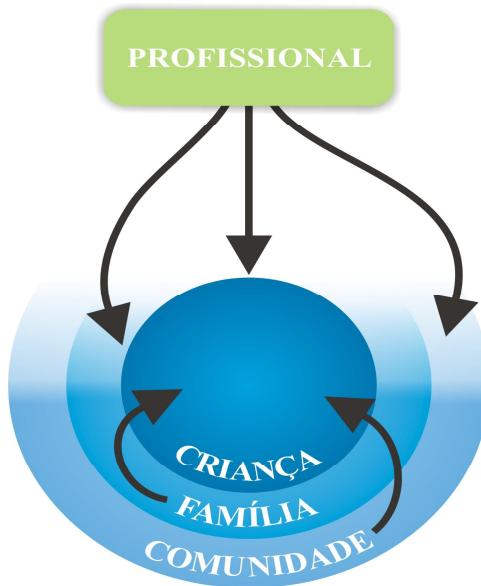


Figura 30: Níveis do sistema de interação no processo interventivo com criança com transtorno do espectro autista

2. A intervenção especializada deve ser intensiva

Crianças com transtorno do espectro autista necessitam de intervenção em tempo intensivo. Não significa, contudo, que as intervenções devem ser constantemente dirigidas e individualizadas.

Nesse sentido, alguns programas propõem intervenções mais ou menos sistematizadas ou dirigidas, mas há um relativo consenso acerca da necessidade de que as crianças com transtorno do espectro autista recebam atendimento sem intervalos de tempo muito prolongados. Especialmente quando a criança é acometida mais severamente com a deficiência intelectual, a necessidade de intervenção intensiva se torna ainda maior.

Nesse sentido, o encaminhamento de uma criança com transtorno do espectro autista à educação infantil do sistema regular de ensino deve ser cuidadosamente planejado, uma vez que nem sempre os espaços de interação educacional estão devidamente estruturados (especialmente com recursos humanos capacitados) para oferecer o *quantum* de interação que verdadeiramente promova na criança o desenvolvimento de novas funções psicológicas e recursos de adaptação ao meio. A educação regular requer, diante de casos de educandos com transtorno do espectro autista, apoio especializado constante, de modo a rediscutir frequentemente os objetivos de inclusão da criança. A proporção entre o tempo de atendimento em contextos menos controlados e contextos mais controlados deve ser cuidadosamente planejada, para garantir que sejam bem aproveitados os potenciais de aprendizagem da criança na primeira infância.

Com relação a esse princípio, uma discussão importante refere-se ao encaminhamento de crianças com autismo ao ensino regular, bem como às proporções entre intervenção especializada e educação infantil. Há programas que consideram fortemente a não-inclusão no ensino regular em alguns casos de autismo, em função do excesso de estímulos do ambiente, que promovem o reforço dos mecanismos comportamentais defensivos da criança em relação ao meio ambiente. No caso do programa Son-Rise, por exemplo, consideram que a educação infantil regular pode ser um empecilho no processo de desenvolvimento da criança, ao invés de auxiliá-la no processo de tratamento⁶⁶.

3. Interdisciplinaridade

O transtorno do espectro autista afeta áreas nobres do desenvolvimento humano, sob denominação ampla de “processos psicológicos tipicamente humanos”. A complexidade desses processos

⁶⁶ Comunicação pessoal à autora por uma família que realizou tratamento experimental com seu filho autista por meio dos pressupostos do Programa Son-Rise.

é, em alguma medida, explicada por áreas específicas do conhecimento. Em função do impacto dos comprometimentos ocorrentes nas diferentes áreas, há a necessidade de intervenções interdisciplinares.

O princípio da interdisciplinaridade supera a multidisciplinaridade. A diferença entre ambos está na forma como as diferentes áreas de conhecimento interagem entre si: na multidisciplinaridade, a diversidade de conhecimentos se sobrepõe, há o compartilhamento de informações, mas não necessariamente se integram no processo de construção de objetivos comuns. A interdisciplinaridade⁶⁷, por sua vez, pressupõe integração dos profissionais quanto às percepções sobre a criança por meio do diálogo, implicando num trabalho em rede, cujas programações, elaborações de objetivos e acompanhamento dos processos evolutivos são constantemente compartilhados, com vistas a gerar novos dispositivos de análise, resolução de problemas e ação sobre a criança. Nesse desenho de trabalho, os profissionais ajudam-se reciprocamente e cada qual busca conhecimentos além da sua especialidade, cuja finalidade é compreender o objeto com amplitude, visando à unidade plural de conhecimentos (Iribarry, 2002).

Intervenções no desenvolvimento de crianças autistas devem superar o que é um problema nos contextos de pesquisa sobre o tema: a cisão entre as áreas de conhecimento e o reducionismo dos estudos sobre transtornos do espectro autista aos domínios da medicina e psicologia. Outro cuidado necessário é relativo à incorporação facilitada, pela sociedade brasileira, especialmente na área da educação, de conceitos e propostas advindas de outros contextos de pesquisa ou intervenção. A interdisciplinaridade começou a ser tomada como palavra de ordem, consumida pelos vocabulários de grande parcela de educadores e demais profissionais, sem uma explícita conceituação a seu respeito (D'Antino, 2008).

Em se tratando de princípios de intervenção sobre o desenvolvimento de crianças autistas, reitera-se a ideia de que os processos de desenvolvimento infantil são complexos e abrangentes, requerendo metodologias de trabalho integradoras, em que ciências da

⁶⁷ No texto de Iribarry (2002), o termo *interdisciplinar* é diferenciado de *transdisciplinar*, *multidisciplinar* e *pluridisciplinar*. Dentre esses, *transdisciplinar* tem sido considerado mais abrangente na compreensão das complexidades humanas quando se trata da necessidade de explicar e tomar decisões no campo da intervenção e em relação aos resultados possíveis. Preferiu-se, contudo, utilizar o termo *interdisciplinaridade* em função de ser um termo mais comum em outros materiais contemporâneos (D'Antino, 2008), reconhecendo que a proposta conceitual se assemelha à pretensão de Iribarry no tratamento do termo *transdisciplinar*.

saúde, ciência psicológica, ciências da educação e ciências sociais estejam diretamente envolvidas e integradas (Barbosa, 2007; Franco, 2007; Schwartz, et al., 2004; Soriano, 2005).

4. Estruturação e sistematização

O princípio de estruturação e sistematização se construiu sob relativas contradições. Por fim, a opção de incluí-lo é resultado da síntese de ideias predominantes.

O ser humano tem a possibilidade de adaptação e flexibilidade comportamental intrínseca à sua condição filogenética e, ainda assim, as mães de bebês são orientadas a oferecer estabilidade e alguma rotina na relação com o bebê, desde cedo. As habilidades humanas de interação e adaptação disponíveis no ser humano congenitamente, contudo, não se apresentam de modo íntegro nas crianças com transtorno do espectro autístico. A capacidade de organizar-se diante das interações sociais, de deduzir as possíveis formas de compreender o mundo e agir sobre ele de modo espontâneo é bastante prejudicada em crianças com autismo. Nesse sentido, as propostas intervencionistas dirigidas a essas crianças devem contemplar o princípio da estruturação e sistematização, pois representam o reconhecimento sobre essa limitação da criança autista e a importância de oferecer-lhe condições especiais para interação com o mundo.

A noção de estruturação surge nas práticas profissionais sob, no mínimo, duas perspectivas: centrada no ambiente ou centrada na pessoa. A noção de estruturação centrada no ambiente é encontrada, por exemplo, em metodologias comportamentais, cujos referenciais visuais e concretos são enfaticamente aplicados, permitindo que a criança encontre um contexto planejado e previsível, prevenindo problemas comportamentais em função da falta de regulação emocional que a ela é característico.

Estruturações centradas nas pessoas são encontradas mais especificamente em metodologias relacionais, em que o profissional treinado e a família, também treinada, oferecem-se como objetos de interação para a criança, promovendo a mediação diante das interações desestruturantes que a criança vivencia.

Por fim, vale retomar a ideia acerca do ensino via processo científico: a capacidade de dedução, presente nos processos espontâneos de aprendizagem dos seres humanos, permite que as crianças selecionem os conteúdos a serem aprendidos espontaneamente, de modo intuitivo, usando a imitação como uma das principais ferramentas de

aprendizagem e apropriação de conhecimento sobre o mundo. Com crianças com autismo, isso se torna diferente, pois é prejudicada essa espontaneidade, dedução e intuição, bem como a capacidade de imitação. Por isso, atividades como brincar, falar ou usar a ToM, por exemplo, precisam ser ensinados via “escolarização”, o que requer estrutura e sistematização nas interações da criança com o objeto de conhecimento.

5. Maximizar interações sociais e minimizar condições autizantes

O profissional que se propuser a intervir com a criança autista deve reconhecer o poder das interações sociais sobre o desenvolvimento humano: um processo altamente potencializador de geração de habilidades e de quebra de tendências da criança de isolar-se e cristalizar padrões inflexíveis e estereotipados de funcionamento comportamental. Referir a maximização das interações sociais não significa, contudo, inserir a criança a qualquer custo em contextos públicos, abertos e carregados de estímulos sociais. Esse princípio representa a necessidade de não privar a criança das interações humanas e de apresentá-la às diferentes formas de funcionamento social, levando-se em conta a necessidade de estruturação (Mota, Cruz, & Vieira, 2010).

Minimizar as condições autizantes, portanto, representa a consciência daqueles que interagem frequentemente com a criança acerca da necessidade de investimento social, emocional, interativo. É comum que crianças com transtorno do espectro autista não sejam suficientemente recíprocas às interações sociais espontâneas, ou mesmo programadas. Nesse sentido, é central que as pessoas não se acomodem nesse processo, tornando-se inconvenientemente determinadas a não dirigir-se à criança em função da falta da sua falta de resposta.

O bom senso, contudo, deve guiar essas decisões. Gilbert (2005) problematizou se forçaríamos um cego a enxergar. Diante de um esperado “não”, o autor concluiu que também não se deve forçar uma criança com autismo a interagir com outros, pois a ela não falta vontade, falta-lhe, sim, condições concretas de um cérebro, cujo funcionamento é limitado na rede neuronal responsável pela socialização humana.

7.2 DIMENSÕES DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO PARA INTERVIR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA MENORES DE SEIS ANOS

Ao lançar-se uma lente de aumento sobre núcleo do sistema de interações da Figura 30, tem-se a criança com transtorno do espectro autista e os seus componentes: eixos de desenvolvimento psicológico sobre os quais se devem intervir.

Cada metodologia ou programa propõe ênfases maiores numa ou noutra área de desenvolvimento, contudo, a ênfase dada numa abordagem não representa a negação de uma área de desenvolvimento que é enfatizada em outro programa intervencionista. Os programas intervencionistas devem ser considerados como propostas para resolver certas dificuldades das crianças com autismo, mas, em geral, nenhum dá conta da totalidade de um indivíduo. Mais uma vez, uma avaliação crítica do profissional sobre o perfil da criança é um dos determinantes importantes sobre as técnicas e tipos de metodologias a serem escolhidas para trabalhar.

Dimensões do desenvolvimento psicológico: primeira versão

O plano das dimensões do desenvolvimento psicológico foi trabalhado a partir da construção de eixos temáticos, que permitissem iniciar a estruturação de diretrizes para intervenção em crianças com autismo em idade pré-escolar. Tais eixos foram designados, inicialmente, de forma provisória, pois, como se esperava, as subetapas da análise de dados exigiram a flexibilidade da primeira versão dos eixos propostos para que, ao final, resultassem num dos planos compreensivos das diretrizes de intervenção.

A descrição do transtorno autista pelo DSM-IV-TR foi o primeiro passo para a construção dos eixos. Além do manual classificatório de transtornos mentais, a estrutura conceitual da seção “sinais clínicos” do artigo de Johnson e Myers (2007) também contribuiu para a primeira equação conceitual, propondo-se, inicialmente, cinco eixos para as diretrizes de tratamento para crianças autistas.

Os dois primeiros eixos foram denominados “1. *Desenvolvimento das habilidades sociais*” e “2. *Desenvolvimento dos processos de linguagem*” e basearam-se em dois dos componentes descritivos do DSM-IV-TR sobre o Transtorno Autista: déficit na área da sociabilização e déficit na área da linguagem/comunicação. O terceiro

eixo foi inicialmente denominado “3. *Integração sensorial*” e considerou uma característica fortemente encontrada em crianças com transtorno autista: alterações nos processos de interpretação das sensações íntero, extero e proprioceptivos, manifestadas por hiper e/ou hiporresponsividade aos estímulos sensoriais e problemas atencionais. Embora a alteração no comportamento de responsividade sensorial não seja critério para o diagnóstico de autismo na descrição da síndrome, tem sido utilizado como discriminante no diagnóstico diferencial entre autismo e déficit intelectual, e a qualidade desses processos traz implicações significativas para o desenvolvimento e aprendizagem das crianças com autismo, requerendo atenção dos profissionais que programam a intervenção educacional no desenvolvimento dessas crianças.

O quarto eixo, denominado “4. *Desenvolvimento dos processos intelectuais*” contempla também um forte correlativo nos processos de desenvolvimento de crianças com autismo: a associação com déficits intelectuais presente em grande parte dos casos diagnosticados, o que implica em intervenções que busquem potencializar os processos cognitivos. Além disso, uma peculiaridade no perfil neurocognitivo de pessoas com transtorno de espectro autista refere-se à rigidez nos modos de funcionar intelectualmente, requerendo intervenções educacionais que promovam flexibilidade em tais processos.

A questão da *família* foi, inicialmente, pensada como um quinto eixo nas dimensões de desenvolvimento das diretrizes. No entanto, compreendeu-se como mais lógico que a família fosse uma diretriz transversal na relação com os demais, na medida em que ela não é um aspecto da criança autista que deve ser trabalhada, mas, acima de tudo, uma ferramenta para trabalhar sobre os outros eixos, juntamente com os profissionais. A família é um dos aspectos de desenvolvimento em relação à criança com autismo, mas, antes de tudo, um instrumento de intervenção, pois passa a atuar como parceira.

A apropriação dos dados coletados no campo empírico e uma apuração de guias de práticas na literatura provocaram, de fato, uma revisão da primeira construção dos eixos temáticos, no que diz respeito às terminologias, fronteiras entre os eixos e à ordem com que deveriam ser apresentados. Num dos itens dos questionários respondidos, foi solicitado aos participantes que informassem o que consideram essencial para uma criança autista aprender; noutro, informaram sobre os elementos que são contemplados nos protocolos que avaliam os processos evolutivos das crianças por eles atendidas – entre essas

categorias de respostas encontraram-se elementos que muito interferiram na reformulação desse plano das diretrizes.

Dimensões do desenvolvimento psicológico: versão final

Uma mudança que afetou quase todos os eixos foi a adição do termo “integração” junto de “desenvolvimento”. O termo “desenvolvimento”, isoladamente, pareceu centrar a intervenção no fazer emergir o que falta ao autismo, enquanto “integração” acrescenta a ideia de que podem existir os componentes, mas falta-lhes a conexão/integração entre si. Não por acaso três dos cinco eixos construídos têm seus nomes como substantivos compostos por mais de uma palavra. Compreende-se que as terminologias adotadas para os eixos das diretrizes deveriam expressar o movimento que a intervenção com crianças com autismo em tenra idade deve realizar: não apenas promover o desenvolvimento, mas principalmente a integralização dos processos de desenvolvimento.

O eixo inicialmente denominado “3. *Integração sensorial*” sofreu uma primeira alteração na nomenclatura, passando a ser denominado “3. *Integração sensoperceptiva*”, pois se considerou que os processos sensoriais não são contemplados diretamente pelos processos psicológicos, mas por processos autônomos. No autismo, o prejuízo é da ordem da interpretação das sensações, implicando, portanto, no envolvimento de processos perceptuais, das habilidades conscienciosas no ser humano e, mais uma vez, da integração dessa inteligência com o raciocínio social. Contudo, esse eixo foi extinto, pois se reconheceu que os processos perceptivos estariam contemplados no campo dos processos cognitivos e os processos sensoriais ficaram mais devidamente articulados com a dimensão afetiva.

Na primeira versão, a dimensão afetiva do desenvolvimento humano havia ficado “embutida” nos eixos temáticos para o plano do desenvolvimento psicológico das diretrizes, sem destaque para essa dimensão. Reconhecendo emoções e afeto como precursores dos processos de socialização e desenvolvimento da linguagem, compreendeu-se que os processos afetivos deveriam ganhar um eixo específico. A captação das interações relacionadas ao próprio corpo e com os objetos e pessoas implica em habilidades de interpretação e elaboração de resposta comportamental socialmente adequada, exigindo processos autônomos de regulação das emoções que são despertadas por esses estímulos. Essas interações despertam processos afetivos/emocionais, cujas manifestações precisam ser administradas

pela criança – sua natureza subjetiva requer do sujeito processos de interpretação e elaboração de resposta comportamental. No desenvolvimento típico, identificamos que a criança compreende que isso deve ser adequado socialmente em idade muito precoce. Refere-se a uma complexidade de processos (*input*, processamento e *output*) difíceis de serem coordenados e integrados pelas crianças com autismo. Pela sua intrínseca relação com os processos sensoriais (intero, extero e propriocepção), esse eixo passou a ser denominado “***Integração e desenvolvimento das habilidades de regulação sensório-emocional***”.

O eixo “*Desenvolvimento dos processos de linguagem*” teve sua nomenclatura alterada para “***Desenvolvimento das habilidades de linguagem/comunicação***”, por compreender que a terminologia “*linguagem*” pode abrir possibilidades interpretativas mais amplas. Atrelar o termo “*comunicação*” diretamente com “*linguagem*” demonstra a pretensão de incluir os processos que dizem respeito às habilidades de interlocução, de compartilhamento de processos subjetivos, como pedido, experiências ou ideias, por meio de manifestações objetivas, como é o caso da fala, gestualidade ou outro.

Intrínsecamente relacionado à linguagem estão os recursos do pensamento, mas não é nesse eixo que os elementos do pensamento se incluem, e sim num outro novo eixo, que foi denominado “***Integração e desenvolvimento de processos cognitivos***”. Além das possibilidades de raciocínio verbal, esse eixo inclui processos atencionais, de memória, de percepção, lógica, raciocínio numérico, capacidades simbólica e imaginativa, bem como dimensões de processos mais amplos, como empatia, atenção compartilhada e imitação – que fazem interface com outros eixos do desenvolvimento psicológico (Filipek, et al., 2000).

O eixo “*1.Desenvolvimento das habilidades sociais*” foi desmembrado em dois, uma vez que as habilidades sociais se desenvolvem articuladas com duas outras dimensões de processos psicológicos: os afetivos e os cognitivos. No que tange à interface com processos afetivos, considerou-se os comportamentos e habilidades relacionados à disponibilidade para interagir com o meio e processar afetivamente tais interações, implicando no desenvolvimento de vínculos, de engajamento, de apego, entre outros. A essa articulação deu-se o nome de eixo “***Integração e desenvolvimento das habilidades sócio-afetivas***”.

Quanto à interface com os processos cognitivos, as especificidades das habilidades sociais estão relacionadas às noções de interpretação dos referenciais sociais, reconhecimento das interações como recursos para aprendizagem, desenvolvimento e disponibilização

dos recursos próprios de inteligência para interagir com eficiência. O nome dado a esse eixo foi “**Desenvolvimento de habilidades adaptativas e de auto-eficiência**”. Em termos simples, pode se considerar as habilidades sócio-afetivas vinculadas a um “querer interagir” e as habilidades adaptativas vinculados a um “saber interagir”.

O eixo “*desenvolvimento de habilidades adaptativas e de auto-eficiência*” contempla toda a gama de habilidades relacionadas aos comportamentos aprendidos de adaptação social, autocuidados e autoproteção. Uma das razões de sua inclusão foram as ênfases dadas pelos participantes da pesquisa. Está incluído o desenvolvimento de habilidades da vida diária, da vida prática e tem uma tônica especial sobre os processos funcionais. Habilidades cognitivas (do eixo “*integração e desenvolvimento dos processos cognitivos*”) são implicadas nesse eixo porque impelem o profissional a estabelecer relações de funcionalidade com as competências desenvolvidas na criança. Além disso, impele também o profissional a estabelecer relações de prioridade no planejamento global de intervenção clínico-educacional: de que adianta, por exemplo, ensinar o reconhecimento de letras e números quando não é capaz de buscar o banheiro sozinho? Ou, por que enfatizar o ensino de diferentes matizes de cores ou sons quando a criança não é capaz de proteger-se dos carros, andando sobre a calçada quando está na rua? (Dickson, 2010). A inclusão desse eixo abarca, portanto, atividades que conduzem a criança a níveis mais altos de independência, autonomia e adequabilidade social.

Os eixos de desenvolvimento da criança com transtorno do espectro autista, como categorias genéricas, são ilustrados na figura 37, por meio da representação análoga a um catavento.



Figura 31: Eixos-alvos de intervenção do desenvolvimento da criança com transtorno autista

É importante ressaltar que as diretrizes têm seus eixos inter-relacionados, como devem ser pensados os processos psicológicos, especialmente as funções psicológicas tipicamente humanas, “superiores”. Não há como pensar em processos psicológicos “engavetados”, funcionando independentemente. São processos que ora se fundem, ora se diferenciam, funcionando interdependentemente (Orrú, 2008). O catavento de papel é um brinquedo que imita a técnica dos moinhos e sua confecção se dá pelo corte do papel em tantas tiras quantas forem as pás que irão compô-lo. As diferentes pás e cores advêm do mesmo ponto central, uma vez que o papel é único. A criança, única, se compõe dos seus eixos de desenvolvimento. O vento, fator externo, age sobre o papel dobrado e o faz rodar. É o giro do catavento que o torna capaz de criar energia e ter impulso para outras e diferentes ações. É a interação da criança com as ações dos profissionais,

familiares e demais pessoas que proporciona à criança as condições para o desenvolvimento salutar, potencializador de habilidades e diminuidor de riscos para o desenvolvimento, gerando qualidade de vida para ela e aos que com ela convivem.

Construtos para intervenção relacionados aos diferentes eixos de desenvolvimento da criança com transtorno do espectro autista

Ao construir os planos de intervenção sobre o desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autista, os profissionais precisam atingir diferentes níveis de objetivos (mais complexos ou simples, mais gerais ou específicos, mais pontuais ou abrangentes). Os eixos do desenvolvimento psicológico esquematizado (regulação sensório-emocional, habilidades sócio-afetivas, processos cognitivos, linguagem/comunicação, habilidades adaptativas e de auto-eficiência) orientam o profissional sobre as dimensões da criança a serem tomadas como campo de atuação interventiva. Cada dimensão pode englobar uma diversidade de construtos, cujas propriedades são elementos mais específicos no planejamento das intervenções, sempre considerando a necessidade de articular os construtos selecionados segundo as perspectivas teóricas adotadas e segundo a avaliação realizada com a criança em questão, que deu ao profissional um panorama de suas necessidades e pontos fortes.

Cada um dos eixos do desenvolvimento foi composto por construtos identificados nos materiais teórico-técnicos e nos resultados da pesquisa empírica, com a contribuição dos participantes sobre o que compreenderam ser essencial à criança autista aprender/desenvolver e sobre o que costuma ser tomado como pontos de avaliação/acompanhamento evolutivo(a) ao longo dos processos interventivos (formalizados ou não em protocolos).

- I. Construtos do eixo *Integração e desenvolvimento das habilidades de regulação sensório-emocional*: eixo que envolve os processos relacionados à recepção e processamento dos estímulos sensoriais, bem como à resposta e manifestações emocionais diante desses.



Figura 32: Construtos do eixo *Integração e desenvolvimento das habilidades de regulação sensório-emocional*

- II. Construtos do eixo *Integração e desenvolvimento das habilidades sócio-afetivas*: nesse eixo, estão incluídos elementos que implicam em desenvolvimento de recursos afetivos para o relacionamento social da criança com autismo.

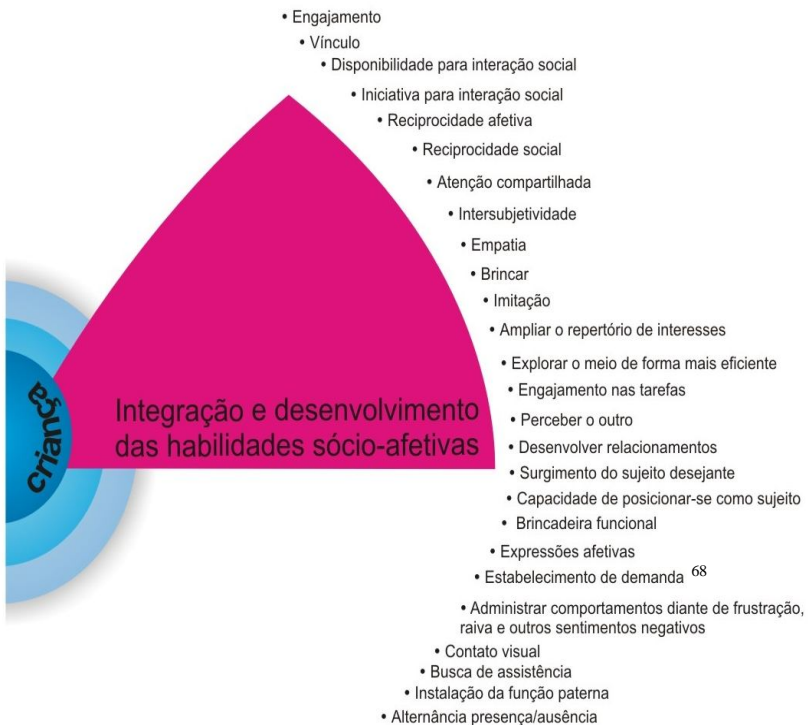


Figura 33: Construtos do eixo *Integração e desenvolvimento das habilidades sócio-afetivas*

⁶⁸ Para “estabelecimento de demanda”, ver glossário-teórico-técnico.

III. Construtos do eixo *Integração e desenvolvimento dos processos cognitivos*: eixos cujos elementos componentes são recursos para a construção de conhecimento e resolução de problemas no meio.



Figura 34: Construtos do eixo *Integração e desenvolvimento dos processos cognitivos*

- IV. Construtos do eixo *Desenvolvimento de linguagem/comunicação*: nesse eixo, incluem-se os elementos relacionados às habilidades envolvidas nos processos de comunicação e uso da palavra como recurso de organização de pensamento.



Figura 35: Construtos do eixo *Desenvolvimento de linguagem/comunicação*

- V. Construtos do eixo *Desenvolvimento das habilidades adaptativas e de auto-eficiência*: os elementos relacionados ao aprendizado de habilidades que devem ser ativadas no atendimento às regras e expectativas sociais, bem como comportamentos que envolvam o atendimento autônomo das próprias necessidades.

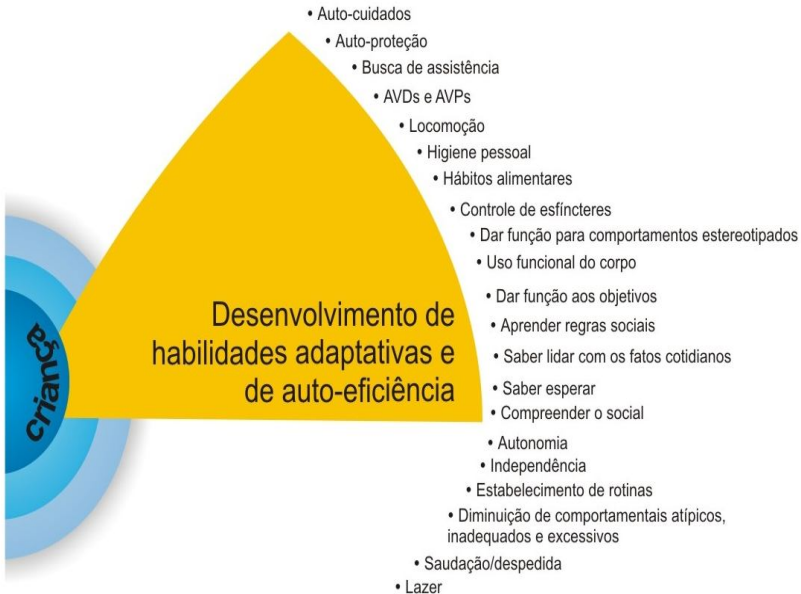


Figura 36: Construtos do eixo *Desenvolvimento das habilidades adaptativas e de auto-eficiência*

Mecanismos dinâmicos de interação das diretrizes

Diante da tarefa de desenvolver um plano de intervenção sobre o desenvolvimento de uma criança autista menor de seis anos, o profissional deve levar em consideração os princípios gerais para a

atuação do profissional e os eixos temáticos do desenvolvimento psicológico da criança: dois campos de elementos dinâmicos e interativos.

A execução das ações planejadas requer o atravessamento de cada um dos princípios gerais de intervenção sobre os cinco eixos do desenvolvimento da criança e os demais campos de intervenção – família e comunidade, conforme sugere a figura 37.

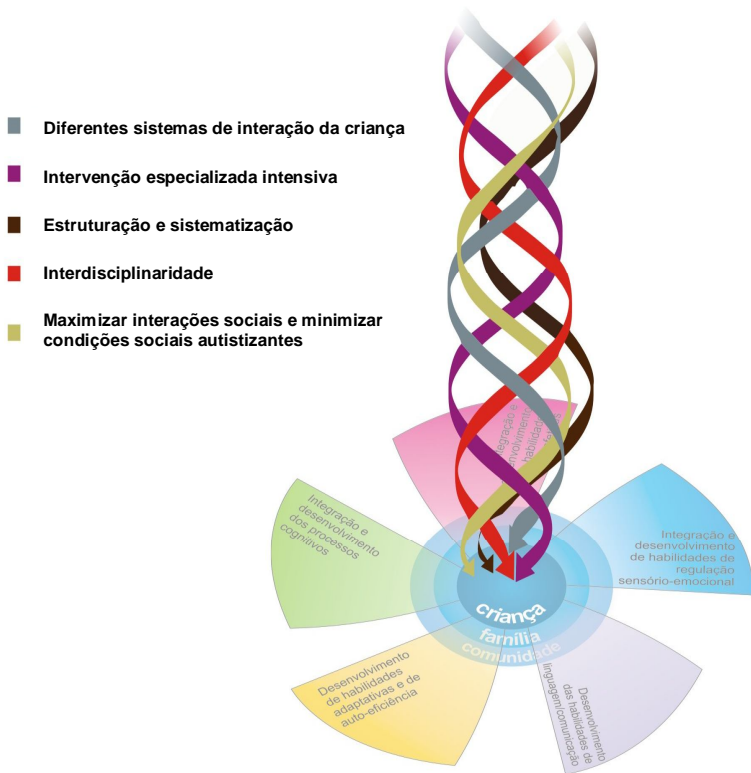


Figura 37: Dinâmica de interação entre os campos de intervenção e os princípios gerais das diretrizes

Quando o profissional se depara com a necessidade de tratar uma criança autista, avalia-a nas diversas áreas de seu desenvolvimento, planeja suas ações e, com isso lança mão de técnicas, métodos, programas de intervenção, bem como a articulação com outros profissionais que complementam suas ações, buscando abarcar a

complexidade da criança de forma plena. As diretrizes são uma síntese dos processos mais relevantes ou mais frequentemente apontados pela literatura e participantes da pesquisa quando recomendam o que é melhor para a criança com autismo menor de seis anos de idade.

No processo de construção das diretrizes clínico-educacionais para intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autista menores de seis anos, buscou-se verificar quais eixos de desenvolvimento da criança autista e quais princípios orientadores eram contemplados diretamente na proposta mais geral de cada um dos programas de intervenção investigados. O resultado é apresentado na Figura 39.

METODOLOGIA	PROGRAMA LOVAS	ABA	SON-RISE	FLOOR-TIME	RDI	TEACH	CFN	SCERTS	TED	PSICANÁLISE	PECS	TERAPIA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL	TERAPIAS ASSISTIDAS COM ANIMAIS	DESENVOLVIMENTO DE UMA TEORIA DA MENTE	SOCIAL STORIES	LEGO®-TERAPIA	PROGRAMA-HANEN	MIFNE	DATA	EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA
 Regulação sensorio-emocional																				
 Comportamentos socio-efetivos																				
 Habilidades cognitivas																				
 Linguagem / comunicação																				
 Comportamento adaptativo e auto-eficiência																				
 Diferentes sistemas de interação da criança																				
 Intervenção Intensiva																				
 Estruturação e sistematização																				
 Interdisciplinaridade																				
 Manter as interações sociais e minimizar configurações autistas																				

Figura 38: Diretrizes clínico-educacionais e ênfases nas metodologias de intervenção

Em tese, os melhores programas clínico-educacionais para crianças autistas são aqueles formados por metodologias/programas cuja combinação atinja a maior quantidade de eixos do desenvolvimento e princípios orientadores. Quando uma metodologia não alcança por conta própria todos os eixos e/ou todos os princípios, então o profissional deve buscar em outras metodologias a complementação daqueles faltantes. O profissional que avaliar criticamente as necessidades da criança que atenderá irá identificar quais, entre os eixos de desenvolvimento psicológico e entre os princípios orientadores, devem obter ainda maiores ênfases e quais as proporções com que devem receber a atenção nos processos interventivos.

As diretrizes, compostas por eixos do desenvolvimento psicológico da criança autista e princípios orientadores para as práticas profissionais, são orientações genéricas para o planejamento de planos de intervenção diante de crianças com transtorno do espectro autista menores de seis anos. Não dispensam a avaliação crítica do profissional e nem o saber tácito daqueles que convivem cotidianamente com essas crianças.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação foi se construindo por uma dialética emocional da autora: é não ou não é válida? Deve ou não ter relevância científica? Por vários momentos, o medo de dizer o óbvio se confrontou com o não-saber de quem escreve e de quem comigo dialogou nesse processo, numa contínua demonstração prática do sincretismo de ideias de senso comum sobre “o que as crianças precisam aprender” com “o que as crianças autistas precisam aprender”.

A dedução e intuição, falta substancial nos autistas, guia muitos profissionais no dia-a-dia sobre o que fazer ao intervir sobre o desenvolvimento de crianças com autismo. Quando se acessam os conhecimentos produzidos sobre esse tema, as intuições muitas vezes podem se confirmar e encorajar os profissionais a serem mais incisivos e insistentes sobre tais práticas. Noutras vezes, podem demonstrar que o que falta na criança autista é, muitas vezes, naturalizado e pouco investido pelo profissional – o que falta ao autista pode ser apenas o que *está* faltando (eis o lugar que o profissional ocupa).

Um desafio central esteve presente em vários momentos da dissertação: a busca de denominadores comuns entre os diferentes pressupostos teóricos e epistemológicos e o reconhecimento da não-negação de outro quando há a defesa de um. Ou seja, quando a psicanálise, por exemplo, diz do vínculo, não nega o desenvolvimento intelectual; como a perspectiva comportamental não nega o afeto nem o sujeito ao tratar de aspectos de adaptabilidade de um indivíduo no ambiente. Ênfase é diferente de negação do outro. Esses tensionamentos teóricos são importantes para o crescimento do profissional e pesquisador, pois possibilitam pensar que a incompletude das teorias representa, na verdade, perspectivas diferentes e nem sempre explicativas concorrentes.

Meu percurso profissional me vinculou muito às perspectivas comportamentalistas, cognitivistas e do âmbito educacional do autismo. O exercício da docência, contudo, me conduziu a não desprezar as produções de outros contextos epistemológicos. Nesse sentido, a disponibilidade para conhecer as produções intelectuais e propostas práticas de outras linhas teóricas representaram uma abertura de olhar sobre o fenômeno e um aprendizado imensurável.

Houve uma preocupação, no planejamento das diretrizes, em torná-las reais. O que isso significa? As diretrizes são, em essência, produções do ideal, a partir de sínteses conceituais e, na pretensão de

serem orientadoras para o planejamento profissional das intervenções sobre o desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autistas menores de seis anos, deveriam dar conta de alguma tônica da realidade. Como poderiam se comunicar com o profissional, sujeito real que tem diante de si crianças reais, se não fossem de alguma maneira palpáveis?

Uma das maneiras de diminuir a distância do ideal com o real, atendendo também a uma demanda de generalização do conhecimento, foi a aproximação com profissionais e instituições que realizam atendimento especializado. Outra maneira estava na intenção inicial do projeto da pesquisa, de articular as diretrizes com os dispositivos legais que regulamentam as práticas educacionais e/ou de ações da área de saúde no nosso país. Esse intento não se realizou por duas razões. A primeira razão foi em função do tempo: o processo de construção de princípios orientadores, eixos de desenvolvimento e glossário teórico-técnico ocupou um tempo importante no processo de pesquisa. A pesquisa de processos legais e diretrizes governamentais consolidadas no nosso país exigiria um método de pesquisa documental significativamente diferenciado do que já funcionou para os dois lócus de pesquisa que vigoraram (teórico-técnico e empírico). Há uma complexidade inerente a esse campo que se tornou inviável no processo de execução da pesquisa, considerando o tempo que estava disponível.

A outra razão pela qual a dimensão legal não foi articulada estava no resultado da pesquisa empírica, que proporcionou um contato ainda que superficial com alguns elementos questionáveis da lei. Dentre os exemplos, podem ser mencionados: as crianças com autismo *devem* frequentar a educação infantil como qualquer outra criança; o segundo professor previsto para as salas de aula, no caso da presença de uma criança autista, nem sempre tem a qualificação especializada para atender às demandas dessa criança; crianças com autismo são atendidas pela rede pública de saúde ora como crianças com deficiência intelectual ora como crianças com transtorno mental (= psicose/esquizofrenia). Ainda há que se considerar que as leis regulamentam o funcionamento dos órgãos governamentais, o que não é o caso da maioria das instituições, conforme foi apresentado. Em tese, essas instituições têm autonomia para tomar decisões e realizar ações e encaminhamentos a juízo próprio. No entanto, a relação de dependência financeira que muitas instituições estabelecem com o poder público, estabelece um modo de funcionar que compromete essa autonomia.

Ainda no contexto da aplicabilidade das diretrizes, o estudo de programas de tratamento predominantemente internacionais levou à

reflexão sobre a cultura de importação de modelos que penetra as práticas brasileiras. Nesse sentido, fica para pesquisas futuras a possibilidade de construir um protocolo de intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com transtorno do espectro autista menores de seis anos, com vistas à validação. Para isso, uma demanda anterior deve ser a construção de maior consistência dos referenciais teóricos, com aprofundamento no estudo sobre os processos psicológicos básicos, que garantam maior abrangência e ancoragem dos eixos de desenvolvimento das diretrizes.

A necessidade de aprofundamento e embasamento mais sólido para os processos psicológicos característicos do autismo na primeira infância ficou mais evidente a partir da visão panorâmica do Glossário Teórico-técnico. Esse instrumental serve para consulta e esclarecimento dos termos para os profissionais e sobre o qual se tem o reconhecimento de um projeto ainda imaturo. Um estudo verticalizado sobre os processos psicológicos característicos do transtorno do espectro autista possibilitará a ampliação e maior especialização do Glossário Teórico-técnico.

Importante também considerar que a idade de 0 a 6 engloba diferenças abrangentes no desenvolvimento infantil – crianças de um ano de idade têm necessidades e competências diferentes de crianças de 4 anos. Ao olhar para uma vida inteira de um ser humano – do nascimento à velhice, a faixa de 0 a 6 anos é um tanto curta em relação ao tempo médio de vida do ser humano, mas sem mesmo precisar colocar uma lupa sobre essa faixa, já é possível distinguir tantas transformações existentes... Essa ressalva é necessária para que, na tentativa de fugir de linearidades, não se caia no risco de generalização absoluta em relação à presença de processos psicológicos nas diferentes idades que atravessa essa faixa etária mais ampla.

O processo de construção de conhecimento da autora também aponta possibilidades de reformulações no bojo interno da própria escrita. Seria isso a negação da própria histórica constitutiva desses conhecimentos? As diretrizes não estavam prontas quando se começou a escrever o método de pesquisa ou discutir os resultados da investigação empírica. Agora, finalizada a pesquisa, sabendo-se para onde a dissertação foi conduzida, reconhece-se a necessidade de reformular as categorias construídas ao longo do tratamento dos dados coletados na empiria. O refinamento da pesquisa, ao longo do seu percurso, oferece categorias mais bem definidas, com melhor potencial organizador e com fronteiras mais lógicas. Fica como demanda para o caso da pesquisa ser tomada referência para publicações futuras, pesquisas de

aprofundamento sobre algum elemento produzido ou ainda para processo de validação do material.

Por fim: talvez alguém já tenha dito tudo isso que foi dito nessa pesquisa e, então, a dissertação não serve para a construção de novos conhecimentos. Se assim for, é possível que a dissertação sirva para a reafirmação do velho e para a consolidação de minhas próprias escolhas nos processos interventivos com crianças autistas e no meu percurso acadêmico e de docente. Mas talvez a dissertação traga algo novo, perguntas novas sem respostas.

REFERÊNCIAS

- Adrien, J. L., Blanc, R., Couturier, G., Barthélémy, C., Hémar, E., Boiron, M., et al. (1999). Étude du développement cognitif et socio-émotionnel d'enfants sévèrement autistiques. Approche évaluative et thérapeutique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 20(1), 115-132.
- Aguiar, C. L. C. (2005). *A tradução da ADI-R, entrevista diagnóstica de autismo-revisada, "autism diagnostic interview-revised"*. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.
- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J. A., & Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*, 31(1), 37-44.
- Aldred, C., Green, J., & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(8), 1420-1430.
- Alerini, P. (1994). As mães de crianças autistas. In M. C. Laznik-Penot (Ed.), *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. São Paulo: Álgama.
- Alessandri, M., Mundy, P., & Tuchman, R. F. (2005). Déficit social em el autismo: un enfoque en la atención conjunta. *Revista de Neurología*, 40 (Supl 1), S137-S141.
- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P., & Tuchman, R. F. (2005). ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. *Rev Neurol*, 40(Supl 1), S131-S136.
- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P., & Tuchman, R. F. (2005). ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. *Revista de Neurología*, 40(1), S131-S136.
- Allen, H. (2004). *Play With Me: Use of Preferred Play Objects to Increase Intrinsic Motivation in Children with Autism*.
- Alves, S. G., Coutinho, F. Â., & Menezes, S. A. B. (2009). A estruturação do ambiente para a pessoa com autismo: um relato de experiência. *Pedagogia em ação*, 1(2), 79-86.
- Andy Bondy, P. (2001). PECS: Potencial benefits and risks. *The Behavior Analyst Today*, 2(2), 127-132.
- Apolônio, A. M., Castilho, C., Caixa, R., & Franco, V. (2000). A intervenção precoce no desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral. In C. Machado & e. al (Eds.), *Interfaces da*

- Psicologia* (Vol. 1). Evora/Portugal: Actas do Congresso Internacional "Interfaces da Psicologia" - Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora.
- Araújo, C. (2007). Teorias afetivas e autismo. In F. A. J. E. Kuczynski. (Ed.), *Autismo Infantil: Novas Tendências e Perspectivas*. São Paulo: Atheneu.
- Araújo, C. S. (2004). A perspectiva winnicottiana sobre o autismo no caso de Vitor. *Psychê*, 13, 43-60.
- Artigas-Pallarés, J. (2010). Autismo y vacinas: ¿punto final? *Rev Neurol*, 50(supl 3), S91-S99.
- Assumpção Jr, F. (2008). *Psicopatologia evolutiva* (Vol. 1º). Porto Alegre: ArtMed.
- Assumpção Jr, F., & Kuczynski, E. (2007). Autismo: conceito e diagnóstico. In F. Assumpção Jr & E. Kuczynski (Eds.), *Autismo Infantil: Novas Tendências e Perspectivas*. São Paulo: Atheneu.
- Assumpção Jr, F., Sprovieri, M. H., Kuczynski, E., & Farinha, V. (1999). Autismo e Reconhecimento Facial. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57 (4), 944-949.
- Ávila, L. A. (1997). Psicanálise, educação e autismo: encontro de três impossíveis. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, III(1), 11-20.
- Bailey, D. B., Hebbeler, K., Scarborough, A., Spiker, D., & Mallik, S. (2004). First experiences with early intervention: a national perspective. *Pediatrics*, 113(4), 887-896.
- Baquero, R. (1998). *Vygotsky e a aprendizagem escolar* (E. F. d. F. Rosa, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barbosa, D. C. (2007). Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. *Estilos da Clínica*, XII(23), 68-77.
- Baron-Cohen, S. (1998). Social and pragmatic deficit in autism: cognitive or affectiv? *J Autism Dev Disord*, 18, 379-400.
- Baron-Cohen, S. (2003). *The Essential Difference: men, women, and the extreme male brain*. Penguin: Basic Books.
- Baron-Cohen, S. (2004). *Diferença essencial: a verdade sobre o cérebro de homens e mulheres*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Baron-Cohen, S., Golan, O., & Ashwin, E. (2009). Can emotion recognition be taught to children with autism spectrum conditions? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 364(1535), 3567-3574.
- Baron-Cohen, S., Saunders, K., & Chakrabarti, S. (1999). Does autism cluster geographically? A research note. *Autism*, 3(1), 39-43.

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Stott, C., Bolton, P., & Goodyer, I. (1997). Is there a link between engineering and autism? *Autism, 1*, 153-163.
- Barth, C., Passerino, L. M., & Santarosa, L. M. C. (2004). *Software “descobrimos emoções”*: estudo da teoria da mente em autistas. Paper presented at the VII Congresso Iberoamericano de Informática Educativa.
- Barth, C., Passerino, L. M., & Santarosa, L. M. C. (2005). Descobrimos emoções: *software* para estudo da teoria da mente em sujeitos com autismo. *Novas Tecnologias na Educação, 3*(1).
- Barthélémy, C., & Dansart, P. (2004). *A terapia de troca e de desenvolvimento*. Paper presented at the 2º Curso Internacional de Atualização sobre Autismo.
- Berckelaer-Onnes, I. A. v. (2003). Promoting Early Play. *Autism, 7*(4), 415-423.
- Beyer, H. O. (2002). A criança com autismo: propostas de apoio cognitivo a partir da "teoria da mente". In C. R. Baptista & C. Bosa (Eds.), *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.
- Bock, A. M. B., & Aguiar, W. M. J. (2003). Psicologia da educação: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In A. M. B. Bock (Ed.), *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. São Paulo: Vozes.
- Bock, A. M. B., Gonçalves, M. G. M., & Furtado, O. (2001). *Psicologia sócio-histórica (uma perspectiva crítica em psicologia)*. São Paulo: Cortez.
- Borges, T. (2006). Considerações sobre o autismo infantil. *Mental, IV*(7), 137-146.
- Bosa, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(1), 77-88.
- Bosa, C. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Rev Bras Psiquiatr, 28*(S I), S47-53.
- Bosa, C., & Callias, M. (2000). Breve Revisão de Diferentes Abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 13*(1), 167-177.
- Boulware, G.-L., Schwartz, I. S., Sandall, S. R., & McBride, B. J. (2006). Project DATA for toddlers: an inclusive approach to very young children with autism spectrum disorder. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*(2), 94-105.
- Braga-Kenyon, P., Kenyon, S. E., & Miguel, C. F. (2005). Análise Comportamental Aplicada (ABA): Um modelo para a educação especial. In W. Camargos Jr (Ed.), *Transtornos Invasivos do*

Desenvolvimento: 3º Milênio (pp. 148-154). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

- LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996, 9.394 C.F.R. (1996).
- Lei 11.274, de 06/02/06, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o Ensino Fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade (2006).
- Brenner, L. A., Turner, K. C., & Müller, R.-A. (2007). Eye movement and visual search: are there elementary abnormalities in autism? *J Autism Dev Disord*, 37, 1289-1309.
- Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-115.
- Bryson, S. E., Rogers, S. J., & Fombonne, E. (2003). Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Can J Psychiatry*, 48(8), 506-516.
- Bryson, S. E., Rogers, S. J., & Fombonne, E. (2003). Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Can J Psychiatry*, 48(8), 506-516.
- Cabral, Á., & Nick, E. (2003). *Dicionário Técnico de Psicologia* (13 ed.). São Paulo: Cultrix.
- Caixeta, L., & Nitrini, R. (2002). Teoria da mente: Uma revisão com enfoque na sua incorporação na psicologia médica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 105-112.
- Campanário, I. S. (2006). Intervenção a tempo em bebês com risco de autismo. *LEPSI IP/FE-USP, Ano 5*.
- Carneiro, M. A. (2010). *LDB Fácil Leitura crítico-compreensiva artigo a artigo* (17 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Carvalho, G., Vergani, N., & Brunoni, D. (2004). Genética do autismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 270-272.
- Carvalho, G. M. M., Rêgo, F. L. B., & Lima, D. M. (2003). Aquisição de linguagem e a verbalização ecológica do autista. *Psychê*, VII(12), 159-174.
- Casby, M. W. (2003). Developmental Assessment of Play: a model for early intervention. *Communication Disorders Quarterly*, 24(4).
- Case-Smith, J., & Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to Occupational

- Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 416-429.
- Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., Leblanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35(3), 213-231.
- Checchia, M. N. P. (2009). O autista e a análise aplicada do comportamento: quais as possíveis melhorias na qualidade de vida dos portadores e dos familiares a partir de uma proposta de intervenção? *Anuário da produção de iniciação científica discente*, XII(13), 79-88.
- Cole, M., & Cole, S. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artmed.
- Colle, L., Baron-Cohen, S., & Hill, J. (2007). Do children with autism have a theory of mind? a non-verbal test of autism vs. specific language impairment. *J Autism Dev Disord*, 37, 716-723.
- Colli, F. A. G. o. (2005). *Travessias inclusão escolar: a experiência do grupo ponto Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1999). *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento* (3 ed.). São Paulo: Editora Hucitec Abrasco.
- Courchesne, E., Carper, R., & Akshoomoff, N. (2003). Évidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. *J American Medical Association*, 290(3), 337-344.
- D'Antino, M. E. F. (1998). *A máscara e o rosto da instituição especializada*. São Paulo: Memnon.
- D'Antino, M. E. F. (2008). Interdisciplinaridade e transtornos globais do desenvolvimento: uma perspectiva de análise. *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie*, 8, 55-69.
- Davis, P. S. (2006). *The Son-Rise Program: a case study of a family living with autism*. United States
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol*, 20(3), 775-803.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*, 3(2), 71-100.

- Dias, N. M., & Radomile, M. E. S. (2007). A implantação do serviço de psicologia no hospital geral: uma proposta de desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de atuação, 114-132.
- Dickson, A. (2010). *Expectativa de vida de pessoas com autismo*. Paper presented at the XVI Encontro de Amigos pelo Autismo, São Paulo.
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J. A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Aletxa, M. A., Ferrari-Arroyo, M. J., et al. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41(5), 299-309.
- DSM-IV/APA. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Emmens, C. (2007). *The role of relationship in the treatment of autism: perspectives from Relationship Development Intervention and psychotherapy*. Auckland University of Technology, Auckland.
- Facion, J. R. (2007). *Transtornos do Desenvolvimento e do Comportamento* (3 ed.). Curitiba: IBPEX.
- Fávero, M. Â. B. (2005). Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 358-369.
- Fernandes, F. D. (2009). Famílias com crianças autistas na literatura internacional. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 14(3), 427-432.
- Fernandes, F. D., & Molini-Avejonas, D. R. (2010). *Resenha: Crianças autistas podem vencer suas dificuldades principais e se tornar solidárias, criativas e reflexivas? Um estudo de follow-up de 10 a 15 anos de um subgrupo de crianças com distúrbios do espectro autístico (DEA) que receberam uma abordagem de desenvolvimento abrangente, individualizada e baseada no relacionamento (DIR)*. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 15(1), 155-156.
- Ferraz, A. (2010, 23 de abril). *Autismo e SUS*. Paper presented at the I Encontro Brasileiro para Pesquisa em Autismo, Porto Alegre.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Ashwal, G., Baranek, G. T., Cook Jr, E., H., Dawson, G., et al. (2000). Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*, 55, 468-479.
- Finger, J. A. O. (1986). *Terapia Ocupacional*. São Paulo: Sarvier.
- Fleith, D. S., & Costa Júnior, A. L. (2005). Métodos de pesquisa em psicologia do desenvolvimento: o que é relevante considerar? In M. A. Dessen & A. L. Costa Júnior (Eds.), *A ciência do*

- desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 35-49). Porto Alegre: Artmed.
- Foster, O. H. (1989). Autismo em Neurologia Infantil. In A. Jerusalinski & colaboradores (Eds.), *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artmed.
- Fox, L., Dunlap, G., & Cushing, L. (2002). Early intervention, positive behavior support, and transition to school. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(3), 149-157.
- Franco, M. L. P. B. (2008). *Análise do conteúdo* (3 ed. Vol. 6). Brasília: Liber Livro.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), 113-121.
- Freire, A. B., & Bastos, A. (2004). Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a "prática entre vários". *Estilos da Clínica*, IX(17), 84-93.
- Freire, P. (1981). Educação "bancária" e educação libertadora. In M. H. S. Patto (Ed.), *Introdução à psicologia escolar* (pp. 54-72). São Paulo: T. A. Queiroz.
- Freitas, N. K. (2008). Inclusão socioeducativa na escola: avaliação do processo e dos alunos. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.*, 16(60), 323-336.
- Frost, L., & Bondy, A. (2009). *PECS: Sistema de Comunicação por Troca de Figuras - Manual de Treinamento* (S. R. d. Mello, Trans. 2 ed.). São Paulo: AMA - Associação de Amigos do Autista.
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Munoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., et al. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 43(7), 425-438.
- Fuentes, C. T., & Bastian, A. J. (2007). 'Motor cognition' - what is it and is the cerebellum involved? *Cerebellum*, 6(3), 232-236.
- Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). [Autism and pervasive developmental disorders]. *J Pediatr (Rio J)*, 80(2 Suppl), S83-94.
- Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 77-83.
- Galvão, I. (2004). *Cenas do cotidiano escolar - conflito sim, violência não*. São Paulo: Vozes.

- Garcia Junior, C. A. S. (2008). A construção da escolarização de alunos com graves transtornos no desenvolvimento. *Teias*, 9(18), 117-123.
- Gauderer, E. C. (1985). *Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais*. São Paulo: Sarvier.
- Giangaspro, E. C., & Pertejo, M. A. (2007). Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 9(34), 301-315.
- Gianpastro, E. C., & Pertejo, M. A. (2007). Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 9(34), 301-315.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5 ed.). São Paulo: Atlas.
- Gillberg, C. (2005). *Transtornos do espectro do autismo*. Paper presented at the Congresso de Psiquiatria, Belo Horizonte.
- Goldstein, A. (2006). *O autismo sob o olhar da terapia ocupacional: um guia de orientação para pais*. Belo Horizonte: www.prdesign.com.br.
- Goldstein, S. (2009). Autismo: novas evidências, *II Jornada de Neurociência do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas* (2002/11/27 ed., Vol. 66, pp. 1680). Curitiba: Jornal Paranaense de Pediatria.
- Golse, B. (2003). Autisme infantile: dépistage et prévention. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 381-393.
- Golse, B. (2005). Autismo Infantil: despiste e prevenção. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII(3), 428-442.
- Gomes, V., & Bosa, C. (2004). Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento. *Revista Estudos de Psicologia*, 9(3), 553-561.
- Gonçalves, A., Carvalho, A., Mota, C. P., Lobo, C., Correia, M. C., Monteiro, P. L., et al. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo - Normas orientadoras*.
- Gordon, D. (2009, september/october). Early intervention in autism. *Neurology Now*, 23-26.
- Goulart, P., & Assis, G. J. A. d. (2002). Estudos sobre autismo em análise do comportamento: aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* 4(2).

- Graminha, S. S. V., & Martins, M. A. O. (1997). Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. *Medicina, Ribeirão Preto*, 30, 259-267.
- Green, G., Brennan, L. C., & Fein, D. (2002). Intensive behavioral treatment for a toddler at high risk for autism. *Behav Modif*, 26(1), 69-102.
- Guralnick, M. (2000). Early childhood intervention: evolution of a system. *Focus on Autism and other developmental disabilities*, 15(2), 68-79.
- Guralnick, M. (2008). International perspectives on early intervention: a search for common ground. *Journal of Early Intervention*, 30(2), 90-101.
- Gutstein, S. E., Burgess, A. F., & Montfort, K. (2007). Evaluation of the Relationship Development Interventio Program. *Autism*, 11(5), 397-411.
- Gutstein, S. E., Burgess, A. F., & Montfort, K. (2007). Evaluation of the Relationship Development Intervention Program. *Autism*, 11(5), 397-411.
- Haase, V. G., Freitas, P. M., Natale, L. L., Teodoro, M. L. M., & Pinheiro, M. I. S. (2005). Mecanismos neurocognitivos no autismo: uma perspectiva construtivista. In W. C. J. e. Colaboradores (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio* (pp. 108-121). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Hadjikhani, N., Joseph, R. M., Manoach, D. S., Naik, P., Snyder, J., Dominick, K., et al. (2009). Body expressions of emotion do not trigger fear contagion in autism spectrum disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 4(1), 70-78.
- Hess, L. (2006). I would like to play but I don't know how: a case study of pretend play of autism. *Child Language Teaching and Terapy*, 22(1), 97-116.
- Honda, H., & Shimizu, Y. (2002). Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. *Autism*, 6(3), 239-257.
- Honda, H., Shimizu, Y., Imai, M., & Nitto, Y. (2005). Cumulative incidence of childhood autism: a total population study of better accuracy and precision. *Dev Med Child Neurol*, 47(1), 10-18.

- Houghton, K. (2008). *Pesquisa empírica de apoio ao programa son-rise*. Sheffield, Massachusetts, EUA: The Autism Treatment Center of America.
- Houghton, K. (s/a). *Como criar um quarto de brincar em casa* (M. Tolezani, Trans.): Inspired by Autism, EUA.
- Howlin, P. (2008). ¿Se puede ayudar a los niños con trastornos del espectro autista a adquirir una "teoría de la mente"? *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 28(2), 74-89.
- Ingersoll, B., & Dvortcsak, A. (2006). Including parent training in the early childhood special education curriculum for children with autism spectrum disorders. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8(2), 79-87.
- Irarrázaval O., M. E., Brokering A., W., & Miurillo B., G. A. (2005). Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. *Rev Chil. Neuro-psiquiatr*, 43(1), 51-60.
- Iribarry, I. N. (2002). O diagnóstico transdisciplinar como dispositivo para o trabalho de inclusão. In C. R. Baptista & C. Bosa (Eds.), *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção* (pp. 73-91). Porto Alegre: Artmed.
- James D., H., Sharp, I. R., & Gaudio, B. A. (2002). Separating fact from fiction in the etiology and treatment of autism. *1*(1), 1-27.
- Jerusalinski, A. (1989). *Psicanálise e desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artmed.
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.
- Johnson, M., Gruiffin, R., Csibra, G., Halit, H., Farroni, T., Haan, M., et al. (2005). The emergency of the social brain network: evidence from typical and atypical development. *Development and Psychopathology*, 17, 599-619.
- Jones, E. A., & Carr, E. G. (2004). Joint attention in children with autism: theory and intervention. *Focus Autism other dev disabl*, 19(1), 13-26.
- Jorge, L. M. (2003). *Instrumentos de avaliação de autistas: revisão de literatura*. Unpublished Dissertação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Taubaté, São Paulo.
- Junkes, A. d. O. (2006). *Formação de professores e condições de atuação em educação especial*. Florianópolis: Insular.
- Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kaufman, B. N. (1981). *A miracle to believe in*. New York: Fawcett Crest.
- Keenan, M., Dillenburger, K., Doherty, A., Byrne, T., & Gallagher, S. (2007). *Meeting the needs of families living with children diagnosed with autism spectrum disorder* (Research). Coleraine, N. Ireland: University of Ulster.
- Kern, J. K., Trivedi, M. H., Grannemann, B. D., Garver, C. R., Johnson, D. G., Andrews, A. A., et al. (2007). Sensory correlations in autism. *Autism, 11*(2), 123-134.
- Klein, S. K. (2010). Avaliação neuropsicológica: conceitos básicos e utilidade clínica. In R. Tuchman & I. Rapin (Eds.), *Autismo: abordagem neurobiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28* (Supl 1), 3-11.
- Klin, A., Chawarska, K., Rubin, E., & Volkmar, F. (2006). Avaliação clínica de crianças com risco de autismo. *Revista Educação, XXIX*(58), 255-298.
- Kupfer, M., Jerusalinski, A., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology, 6*(1), 48-68.
- Kupfer, M., Jerusalinski, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Sales, L. M., et al. (2009). Valor preditivo de marcadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology, 6*(1), 48-68.
- Kupfer, M. C. (2010). O sujeito na psicanálise e na educação: bases para a educação terapêutica. *Educação & Realidade, 35*(1), 265-281.
- Kupfer, M. C. M. (2000). Notas sobre o diagnóstico diferencial entre psicose e autismo na infância. *Psicologia USP, 11*(1), 85-105.
- Kvilekval, P. (2009). Avaliação precoce dos distúrbios pré-escolares: uma visão geral, *II Jornada de Neurociência do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas*. Curitiba / PR: Jornal Paranaense de Pediatria.
- Lambertuci, M. C. F., & Magalhães, L. C. (2005). Terapia Ocupacional nos transtornos invasivos do desenvolvimento. In W. Camargos Jr (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio* (Vol. 2, pp. 227-235). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

- Lameira, A. P., Gawryszewski, L. G., & Pereira Jr., A. (2006). Neurônios Espelho. *Revista Psicologia USP*, 7(4), 11.
- Lampreia, C. (2004). Os enfoque cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 111-120.
- Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 105-114.
- Laznik-Penot, M. C. (1994). *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. São Paulo: Álgama.
- Laznik-Penot, M. C. (1997). *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Laznik-Penot, M. C. (2005). Interações sonoras entre bebês que se tornaram autistas e seus pais. *Anais do Colóquio Franco-brasileiro sobre a Clínica com Bebês*. Retrieved from http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000072005000100004&script=sci_arttext
- Lear, K. (2007). *Ajude-nos a aprender* (M. H. Windholz, M. C. Vatauvuk, I. S. Dias, A. P. Garcia Filho & A. V. Esmeraldo, Trans.). Toronto, Ontario.
- Lecannelier A, F. (s/a). Psicoterapia infanto-junvenil: una aproximación integracionista desde el apego, la mentalización y la regulación emocional. Retrieved 30 de julho, 2010, from <http://www.asmi.es/asmi/es/gruposWAIMH/Psicoterapia%20Infanto-%20juvenil.pdf>
- Leon, V. (2002). *Estudo das propriedades psicométricas do perfil psicoeducacional PEP-R: elaboração da versão brasileira*. UFRGS, Porto Alegre.
- Leon, V., Bosa, C., Hugo, C., & Hutz, C. S. (2004). Propriedades psicométricas do perfil psicoeducacional revisado: PEP-R. *Avaliação Psicológica*, 3(1), 39-50.
- Lima, T. C. S., & Mioto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katál*, 10(esp.), 37-45.
- Litras, S., Moore, D. W., & Anderson, A. (2010). Using video self-modelled Social Stories to teach social skills to a young child with autism. *Autism Research and Treatment*, 2010, 1-9. Retrieved from <http://www.hindawi.com/journals/aurt/2010/834979.html>

- Losapio, M. F., & Pondé, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev Psiquiatr RS*, 30(3), 221-229.
- Losh, M., & Piven, J. (2007). Social-cognition and the broad autism phenotype: identifying genetically meaningful phenotypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 105-112.
- Luckett, T., Bundy, A., & Roberts, J. (2007). Do behavioural approaches teach children with autism to play or are they pretending? *Autism*, 11(4), 365-388.
- Mahler, M. S. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Maymar. .
- Marconi, M. d. A., & Lakatos, E. M. (2006). *Técnicas de pesquisa* (Vol. 290). São Paulo: Atlas.
- Marocco, V., & Rezer, C. d. R. (2009). *Educação física e autismo: possibilidades de intervenção pedagógica mediada pelo Currículo Funcional Natural*. Paper presented at the XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III congresso Internacional de Ciências do Esporte.
- Marques, C. F. F. d. C., & Arruda, S. L. S. (2007). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 115-124.
- Marques, M. B., & Mello, A. M. S. R. d. (2005). TEACCH – Treatment and education of autistic and related communication handicapped children. In W. J. Camargos & Col. (Eds.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio* (pp. 144-147). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Martins, A. S. G., Preussler, C. M., & Zavaschi, M. L. S. (2002). A psiquiatria da infância e da adolescência e o autismo. In C. R. Baptista, C. Bosa & Cols (Eds.), *Autismo e Educação: Reflexões e propostas de intervenção* (pp. 41-49). São Paulo: Artmed.
- Maurano, D. (2003). *Para que serve a psicanálise?* São Paulo: Jorge Zahar Editor.
- Mélega, M. P. (1999). *Pós-autismo: uma narrativa psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago.
- Mello, A. M. R. (2005). *Autismo: guia prático* (4 ed.). São Paulo: AMA: Brasília: CORDE.
- Menezes, C. G., & Perissinoto, J. (2008). Joint attention ability in children with autistic spectrum disorders. *Pro Fono*, 20(4), 273-279.

- Michaelis. (Ed.) (2008) Dicionário escolar da língua portuguesa. São Paulo.
- Miguel, C. F., Braga-Kenyon, P., & Kenyon, S. E. (2005a). Uma introdução ao Sistema de Comunicação através de Troca de Figuras (PECS). In W. Camargos Jr (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio* (2 ed., Vol. 2, pp. 177-183). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
- Miguel, C. F., Braga-Kenyon, P., & Kenyon, S. E. (2005b). Uma introdução ao Sistema de Comunicação através de Troca de Figuras (PECS). In W. Camargos Jr (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio* (Vol. 2, pp. 177-183). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Milla, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol*, 48(Supl 2), S47-S52.
- Mintz, M., Alessandri, M., & Curatolo, P. (2009). Abordagens terapêuticas para os transtornos do espectro autista. In R. Tuchman & I. Rapin (Eds.), *Autismo, abordagem neurobiológica* (pp. 301-327). Porto Alegre: Artmed.
- Molini-Avejonas, D. R. (2008). Refletindo sobre o novo [Comentário sobre o artigo: Solomon R, Necheles J, Ferch C, Bruckman D. Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation Program. *Autism*, 2007; 11(3):205-24.]. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia*, 13(3), 300-301.
- Monte, F. R. F. (2005). *Saberes e práticas de inclusão - dificuldades acentuadas de aprendizagem: autismo*. Brasília: MEC, SEESP.
- Montenegro, M. N. (2005). Transtorno invasivo do desenvolvimento e atenção compartilhada. *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie*. .
- Moore, S. T. (2005). *Síndrome de Asperger e a escola fundamental: soluções práticas para dificuldades acadêmicas e sociais*. São Paulo: Associação Mais 1.
- Morris, E. K. (2009). A case study in the misrepresentation of applied behavior analysis in autism: the gernsbacher lectures. *The Behavior Analyst*, 32(1), 205-240.
- Mota, A. C. W., Cruz, R. M., & Vieira, M. L. (2010). Contribuições da psicologia evolucionista para compreender as necessidades de

- intervenção no desenvolvimento de crianças autistas. In F. C. Capovilla (Ed.), *Transtornos de Aprendizagem: progressos em avaliação e intervenção preventiva e remediativa* (pp. 210-216). São Paulo: Memnon.
- Moura, P. J., Sato, F., & Mercadante, M. T. (2005). Bases neurobiológicas do autismo: enfoque no domínio da sociabilidade. *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie*.
- Mukaddes, N. M., Kaynak, F. N., Kinali, G., Besikci, H., & Issever, H. (2004). Psychoeducational treatment of children with autism and reactive attachment disorder. *Autism, 8*(1), 101-109.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Meneses, M. T. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol, 50*(Supl 3), S77-S84.
- Murray, D. S., Craghead, P. M.-C., Shear, P., Bean, J., & Prendeville, J.-A. (2008). The relationship between joint attention and language in children with autism spectrum disorders. *Focus Autism other dev disabl, 23*(5), 5-14.
- Myers, S. M., & Johnson, C. P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics, 120*(5), 1162-1182.
- Nikolov, R., Jonker, J., & Scahill, L. (2006). Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimento futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(Supl I), S39-46.
- Nogueira, T. (2007, 11 de junho). Um novo olhar para o autismo. *Revista Época, 473*, 76-85.
- Novaes, C. M., Ponde, M. P., & Freire, A. C. C. (2008). Control of psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autistic disorder. *Arq Neuropsiquiatr, 66*(3), 646-651.
- Odom, S. L., & Wolery, M. (2003). A unified theory of practice in early intervention/early childhood special education: evidence-based practices. *The Journal of Special Education, 37*(3), 164-173.
- Oliva, A. D. (2004). A noção de estado inicial e concepções de desenvolvimento: problemas e necessidade de definições empíricas dos termos. In M. L. S. Moura (Ed.), *O bebê do Século XXI e a psicologia em desenvolvimento*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, S. M. (2009). *A clínica do autismo sob uma perspectiva desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Orrú, S. E. (2008). Os estudos da análise do comportamento e a abordagem histórico-cultural no trabalho educacional com autistas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 45(3), 1-12.
- Orrú, S. E. (s/a). A formação de professores e a educação de autistas. *Revista Iberoamericana de Educación* Retrieved 28 de julho, 2010, from <http://www.rieoei.org/deloslectores/391Orru.pdf>
- Ortega, F. (2008). O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana*, 14(2), 477-509.
- Ortega, F. (2009). Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 67-77.
- Ortega, F. (2009). [Disability, autism and neurodiversity]. *Cien Saude Colet*, 14(1), 67-77.
- Ortiz, V. K. B., Aguiar, C. L. d. C., & D'Antino, E. (2004). Carta ao editor: "Revisão histórica e do quadro clínico sobre Síndrome de Asperger". *Rev Bras Psiquiatr*, 26(3), 211-215.
- Parks, S. L. (1983). The assessment of autistic children: a selective review of available instruments. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 13(3), 255-267.
- Partington, J. W., & Sundberg, M. L. (2004). The Assessment of Basic Language and Learning Skills (ABLBS). Retrieved 27 de junho, 2010, from <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:neaSzyjS1rkJ:www.mslbd.org/Livingston,Young%2520.ppt+ABLBS&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>
- Passerino, L. M., & Santarosa, L. M. C. a. (2004). *Análise da interação social através de chat com sujeitos com autismo*. Paper presented at the VII Congresso Iberoamericano de Informática Educativa.
- Paterson, C. R., & Arco, L. (2007). Using video modeling for generalizing toy play in children with autism. *Behavior Modification*, 31(5), 660-681.
- Patto, M. H. d. S. (1999). *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia* (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, A. M. (2007). *Autismo infantil: tradução e validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre.
- Pinheiro, M. I. S., & Camargos Jr, W. (2005). A teoria da mente e a aplicação nos portadores de transtornos invasivos do desenvolvimento. In W. Camargos Jr (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio* (Vol. 2, pp. 64-75).

- Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Prior, M., & Roberts, J. (2006). *Early intervention for children with autism spectrum disorders: guidelines for best practice*: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Prizant, B. M., Wetherby, A., Rubin, E., & Laurent, A. (2007). The SCERTS Model Retrieved 08 abr, 2009, from www.SCERTS.com
- Prizant, B. M., Wetherby, A., Rubin, E., Laurent, A., & Rydell, P. (2002). The SCERTS Model: enhancing communication and socioemotional abilities of children with autism spectrum disorder. *Jenison Autism Journal, Winter*, 2-19.
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., & Laurent, A. (2003). The SCERTS Model: a transactional, family-centered approach to enhancing communication and socioemotional abilities of children with autism spectrum disorder. *Infants and Young Children, 16*(4), 296-316.
- Reznick, J. S., Baranek, G. T., Reavis, S., Watson, L. R., & Crais, E. R. (2006). A parent-report instrument for identifying one-year-olds at risk for an eventual diagnosis of autism: The First Year Inventory. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Ribeiro, F. L., Bussab, V. S. R., & Otta, E. (2004). De colo em colo, de berço em berço In M. L. S. d. Moura (Ed.), *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ribeiro, M. V. M., & Neves, M. M. B. d. J. (2006). A educação e a psicanálise: um encontro possível? *Psicologia: Teoria e Prática, 8*(2), 112-122.
- Ritvo, E. A. (1985). Síndrome do Autismo – um modelo médico. In C. Gauderer (Ed.), *Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais*. São Paulo: Sarvier.
- Rivièri, A. (1997). *Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo*. Paper presented at the Desarrollo normal y Autismo. Retrieved from <http://aut.tsai.es/scripts/articulo/smuestra:idx?n=tenerife1>7>
- Roca, M., & Cuxart, F. (2002). *Autisme La Garriga - 25 años de un proyecto*. Barcelona: Fundació Privada Congost Autisme.

- Rosenberg, R. (2010). *Como o processo de envelhecimento é afetado pelas características do autismo*. Paper presented at the XVI Encontro de Amigos pelo Autismo, São Paulo.
- Roth, B. W. (2006). *Experiências educacionais inclusivas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial.
- Rutter, M. (1985). Autismo: etiologia, terapia e a família. In E. C. Gauderer (Ed.), *Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais*. São Paulo: Sarvier.
- Saboia, C. (2007). Autismo e novas perspectivas clínicas. *Estilos da Clínica*, 12(23), 78-89.
- Salim, S. A. (2006). O autismo psicogênico, a personalidade autista e o trauma. *Psicanalítica*, VII(1), 119-138.
- Salle, E., Sukiennik, P. B., Salle, A. G., Onófrio, R. F., & Zuchi, A. (2005). A comunidade terapêutica no tratamento de crianças e adolescentes portadores de autismo infantil e outros transtornos graves de desenvolvimento. In W. C. Jr. (Ed.), *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento* (pp. 203-208). Brasília: 3º Milênio: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Sampedro T., M. E. (2006). Escalas de evaluación en autismo. *Acta Neurol Colomb*, 22(2), 106-111.
- Sanchez, F. I. A., & Baptista, M. N. (2009). Avaliação familiar, sintomatologia depressiva e eventos estressantes em mães de crianças autistas e assintomáticas. *Contextos Clínicos*, 2(1), 40-50.
- Santos, I. M. S. C., & Souza, P. M. L. (2007). Como Intervir na Perturbação Autista. *O Portal dos Psicólogos*, 43.
- Sasaki, R. (2003). Como chamar pessoas que têm deficiência? In R. Sasaki (Ed.), *Vida independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos* (pp. 12-16). São Paulo: RNR.
- Scheuer, C., & Andrade, R. V. (2007). Teorias cognitivas e autismo. In F. Assumpção Jr (Ed.), *Autismo infantil: novas tendências e perspectivas* (pp. 81-90). São Paulo: Atheneu.
- Scheuer, C., Andrade, R. V., Gorgati, D., & Dornelas, D. (2005). Neuropsicologia do autismo. In C. B. Mello, Miranda, M. C., Muzkat, M. (Ed.), *Neuropsicologia do desenvolvimento: conceitos e abordagens* (pp. 202-211). São Paulo: Memnon.

- Schiling, F., & Miyashiro, S. G. (2008). Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. *Educação e Pesquisa*, 34(2), 243-254.
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação em Psicologia*, 7(2), 111-120.
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2007). Estresse e auto-eficácia em mãe de pessoas com autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 179-191.
- Schopler, E., Reichler, R. J., Rashlord, A., & M., M. L. (1990). *Avaliação e tratamento individualizado para crianças autistas e com transtornos do desenvolvimento: perfil psicoeducacional revisado (PEP-R)*. (M. C. VATAVUK, Trans. AMA/São Paulo ed. Vol. 1). Texas: Pro-ed, Austin.
- Schwartz, I. S., Sandall, S. R., McBride, B. J., & Boulware, G.-L. (2004). Project DATA (Developmentally Appropriate Treatment for Autism): an inclusive school-based approach to education young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(3), 156-168.
- Schwartzman, J. S. (2003). *Autismo Infantil*. São Paulo: Memnon.
- Seidl de Moura, M. L., & Ribas, A. F. P. (2004). Evidências sobre características de bebês recém-nascidos: um convite a reflexões teóricas. In M. L. S. d. Moura (Ed.), *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Shaw, W. (2002). *Tratamentos biológicos para autismo e PPD*. São Paulo: Atlantis.
- Shea, V. (2004). A perspective on the research literature related to early intensive behavioral intervention (Lovaas) for young children with autism. *Autism*, 8(4), 349-367.
- Shepherd, R., Jennifer, J., & Robinson, H. T. (1997). *Winnicott, D. W. – pensando sobre crianças* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2005). Intervenção precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In M. A. Dessen & A. L. Costa Júnior (Eds.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 152-167). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, P. C., Eira, C., Pombo, J., Silva, A. P., Silva, L. C., Martins, F., et al. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R. *Análise psicológica*, 1(XXI), 31-39.

- Silva, S. T. (2007). Políticas públicas de inclusão escolar e a educação de alunos psicóticos: entre o dito e o feito. *Anais do XXIII Simpósio Brasileiro de Política e Administração da Educação*. Porto Alegre: UFRGS.
- Smith, D. (2007). Relationship Development Intervention (RDI) Program Retrieved 25 de março, 2010, from www.rdicconnect.com
- Social Stories Therapy for children with autism. (2009). Retrieved 24 de julho, 2010, from <http://autism.healingthresholds.com/therapy/social-stories>
- Soriano, V. (2005). *Intervenção precoce na infância: análise das situações na Europa - aspectos-chave e recomendações*. Bruxelas (Bélgica) e Middelfart (Dinamarca): DG de Educação, Formação, Cultura e Multyiliguisimo da Comissão Europeia.
- Sprovieri, M. H., & Assumpção, F. B., Jr. (2001). Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arq Neuropsiquiatr*, 59(2-A), 230-237.
- Stefan, D. R. (1994). Autismo e psicose. In M. C. Laznik-Penot (Ed.), *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. São Paulo: Álgama.
- Stone, W. I., & Turner, L. (2005). The impact of autism on child development. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-7. Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Stone-TurnerANGxp.pdf>
- Stone, W. L., McMahon, C. R., & Henderson, L. M. (2008). Use of the screening tool for autism in two-year-olds (STAT) for children under 24 months: an exploratory study. *Autism*, 12(5), 557-573.
- Strock, M. (2007). *Autism spectrum disorders: pervasive developmental disorders*: National Institutes of Mental Health.
- Sukiennik, P. B., & Salle, E. (2005). A comunidade terapêutica no tratamento de crianças e adolescentes portadores de autismo infantil e outros transtornos graves do desenvolvimento. In W. C. Júnior (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio* (pp. 203-210). Brasília: CORDE.
- Suplino, M. (2005). *Currículo funcional natural: guia prático para a educação na área do autismo e deficiência mental* (Vol. 11). Maceió: Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Suplino, M. (2007). *Retratos e imagens das vivências inclusivas de dois com autismo em classes regulares*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Sussman, F. (2004). *Mais do que palavras (More than words): um guia para ajudar os pais a promoverem a comunicação e as habilidades sociais em crianças com transtornos do espectro do autismo* (5 ed.). Ontario: Haen Centre, Canadá.
- Tafuri, M. I. (2005). A participação dos pais no tratamento psicanalítico com a criança autista: reflexões. In W. J. Camargos & Col. (Eds.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio* (pp. 47-56). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Tarelho, L. G. (2005). *Investigação da percepção dolorosa em pacientes com autismo de alto funcionamento*. Unpublished Dissertação de Mestrado, USP, São Paulo.
- Tizon, J. L. (2004). Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construímos y combinamos? *Rev Asoc Esp Neuropsiq [online]*(90), 97-129.
- Tolesane, M. (2009). Programa Son-Rise, *Palestra ministrada em 30 de março de 2009*. Joinville (SC): Associação Catarinense de Ensino.
- Tolipan, M. (2002). *Uma presença ausente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Tooby, J., & Cosmides, L. (2005). Conceptual foundations of evolutionary psychology: the emergente of evolutionary psychology: what is at stake? *The handbook of evolutionay psychology*. NJ: Wiley: Hoboken.
- Trombly, C. A. (2005). *Terapia Ocupacional para disfunções físicas* (5 ed.). São Paulo: Santos.
- Tuchman, R., & Rapin, I. (2009). *Autismo: abordagem neurológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Tuchman, R. F. (2000). Cómo construir um cerebro social: lo que nos enseña el autismo. *Revista Neurol Clin.*, 1, 20-33.
- Vatavuk, M. C. (1997). Método TEACCH. In F. Assumpção Jr (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento infantil* (2001/08/21 ed., pp. 119-142). São Paulo: Lemos Editorial.
- Vatavuk, M. d. C. (1997). Método TEACCH. In F. B. Assumpção Jr (Ed.), *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Vieira, M. L., & Prado, A. B. (2004). Abordagem evolucionista sobre a relação entre filogênese e ontogênese no desenvolvimento infantil. In M. L. S. d. Moura (Ed.), *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Vygotskii, L. S., Luria, A. R., & Leontiev, A. (2001). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem* (M. d. P. Villalobos, Trans.). São Paulo: Ícone.
- Vorgraft, Y., Farbstein, I., Spiegel, R., & Apter, A. (2007). Retrospective evaluation of an intensive method of treatment for children with pervasive developmental disorder. *Autism, 11*(5), 413-424.
- Vygotsky, L. S. (1997). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Webster, A., Feiler, A., Webster, V., & Lovell, C. (2004). Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of Early Childhood Research, 2*(1), 25-49.
- Wetherbay, A., Rubin, E., Laurent, A. C., Prizant, B. M., & Rydell, P. (2006). Summary of research supporting the SCERTS Model. Retrieved 08 abr, 2009, from www.SCERTS.com
- Wetherbay, A., & Woods, J. (2006). Early social interaction project for children with autism spectrum disorders beginning in the second year of life: a preliminary study. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*(2), 67-82.
- Whalen, C., Schreibman, L., & Ingersoll, B. (2006). The collateral effects of joint attention training on social initiations, positive affect, imitation, and spontaneous speech for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, [acessado em 20 jul 2008]*. Disponível em: <http://springerlink.metapress.com/content/14468387g6321v14/fulltext.html>.
- Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism, 7*(4), 425-435.
- Williams, C., & Wright, B. (2008). *Convivendo com autismo e síndrome de Asperger*. São Paulo: M.Books do Brasil.
- Williams, E., Reddy, V., & Costall, A. (2001). Taking a closer look at functional play in children with autism. *J Autism Dev Disord, 31*(1), 67-77.
- Williams, K. R. (2006). The Son-Rise Program® Intervention for autism: prerequisites for evaluation. *Autism, 10*(1), 86-102.
- Williams, K. R., & Wishart, J. G. (2003). The Son-Rise Program intervention for autism: an investigation into family experiences. *J Intellect Disabil Res, 47*(Pt 4-5), 291-299.

- Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2001). *O Inventário Portage operacionalizado: intervenção com família*. São Paulo: Memnon.
- Wing, L. (1988). The autistic continuum. In L. Wing (Ed.), *Aspects of autism: biological research*. London: Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society.
- Wolff, A. C. (2003). *Terapeuta itinerante: uma proposta de intervenção da psicologia para inclusão de crianças autistas*. Trabalho apresentado na I Mostra Catarinense Itinerante de Práticas em Psicologia.
- Wong, V. C. N., & Hui, S., L. H. (2008). Epidemiological study of autism spectrum disorder in China. *Journal of Child Neurology*, 23(1), 67-72.
- Yerys, B. E., Hepburn, S. L., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (2007). Executive function in preschoolers with autism: evidence consistent with a secondary deficit. *J Autism Dev Disord*, 37, 1068-1079.
- Zanella, A. V. (2001). *Vigotski: contexto, contribuições à psicologia e o conceito de zona de desenvolvimento proximal*. Itajaí: Univali.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTOS PARA DIAGNÓSTICO/DETECÇÃO DO AUTISMO

<i>Instrumentos para diagnóstico/deteccção do autismo</i>	
<p>Instrumentos: sigla, nome e ano de elaboração e/ou modificações</p> <p>ATA <i>(Escala de Traços Autistas), 1994, 1999</i></p> <p>ABC <i>(Autism Behavior Checklist), 1980</i></p> <p>ADI e ADI-R <i>(Autistic Diagnostic Interview – Revised), 1989, 1994, 2009</i></p> <p>ADOS e PL-ADOS <i>(Autism Diagnostic Observation Schedule; a versão “PL”- Pré-Lingüístico-é para crianças não-verbais), 1989</i></p> <p>ADOS-G <i>(Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic), 2000</i></p> <p>ASQ <i>(Autism Spectrum Quotient) – Children Version and Adolescent Version, 2006</i></p> <p>ASSQ <i>(Autism Spectrum Screening Questionnaire), 1993</i></p> <p>CARS <i>(Checklist Autistic Rating Scale), 1980, 1988, 2007</i></p> <p>CAYC <i>(Checklist for Autism in Young Children), 1999</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Autismo como objeto:</u> Identificação do transtorno</p> <p>Pelo escore final se pode inferir a respeito do nível de acometimento dos sintomas. Tem estudo de validação brasileira (Assumpção Jr., Kuczynsky, Gabriel, & Rocca, 1999)</p> <p>Serve como medida geral para identificar indivíduos com altos níveis de comportamentos autísticos em populações severamente comprometidas. Há estudo preliminar de validade no Brasil (Marteletto & Pedromônico, 2005).</p> <p>Entrevista para ser realizada com pais. Está entre os instrumentos mais utilizados para identificar e classificar o autismo quanto ao nível de acometimento de sintomas. Tem estudo de tradução e validação brasileiras (Becker, 2009; Jorge, 2003; Roca & Cuxart, 2002).</p> <p>Provoca situações que eliciam comportamentos específicos de crianças com transtornos do desenvolvimento e as performances infantis são decodificadas por classificações gerais sobre a qualidade das interações sociais.</p> <p>Combinação do ADOS e do PL-ADOS. Avaliação observacional estandarizada que permite diferenciar autistas de não-autistas que apresentam outros transtornos do desenvolvimento.</p> <p>Questionário para ser completado pelos pais.</p> <p>Inicialmente criado para detectar prevalência de Síndrome de Asperger em escolas regulares. Validado posteriormente como <i>screening</i> de Transtorno Autístico de alto funcionamento em <i>setting</i> clínico.</p> <p>Além de servir para identificação dos sintomas, apresenta níveis de mensuração para o profissional experiente, de modo a oferecer, ao final, a caracterização do avaliado no que se refere a nível de acometimento dos sintomas. Está entre os instrumentos mais citados na literatura (Jorge, 2003; Roca & Cuxart, 2002). Tem estudo de validação brasileira (Pereira, 2007)</p> <p>Tem função auxiliar na investigação dos critérios diagnósticos do DSM-IV.</p>

Continuação do APÊNDICE 1: Instrumentos para diagnóstico/detecção do autismo

<p>CHAT (<i>Childhood Autistic Toddler</i>), 1992</p>	<p>Está entre os instrumentos mais citados na literatura e mais utilizados pelos profissionais. (Golse, 2005; Jorge, 2003; Roca & Cuxart, 2002). Tem uma versão modificada, privilegiando ainda mais o auto-informe dos pais ao invés da observação (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo, & Cortes-Hernández, 2008).</p>
<p>CSBQ (<i>Children's Social Behavior Questionnaire</i>), 1998</p>	<p>Oferece oportunidade de discriminar traços severos e menos severos dentre os transtornos invasivos de desenvolvimento.</p>
<p><i>Diagnostic Checklist for Behavior-Disturbed Children – Form E-1 / E-2</i>, 1964, 1971, 1984</p>	<p>Auxiliar para diagnóstico por orientar profissionais por meio de questionário retrospectivo para coleta de dados acerca do desenvolvimento da criança desde o nascimento até 5 anos.</p>
<p>DISCO (<i>Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders</i>), 2002</p>	<p>Entrevista semi-estruturada que permite buscar informações evolutivas de diferentes fontes para realizar um diagnóstico seguindo DSM-IV e CID-X. (Diez-Cuervo, et al., 2005)</p>
<p><i>Escala Australiana para a Síndrome de Asperger</i>, 1998</p>	<p>Usado com frequência para avaliar crianças maiores, com habilidade verbal e alto funcionamento, que não foram diagnosticadas na idade escolar. (Roca & Cuxart, 2002). Privilegia inquérito, com questões que recebem pontuação de 1 a 6 e outras que são respondidas com <i>sim</i> ou <i>não</i> (Giangaspro & Pertejo, 2007).</p>
<p>FYI (<i>First Year Inventory</i>), 2006</p>	<p>Avalia risco de desenvolvimento de quadro autístico no primeiro ano de idade. É uma escala que foi publicada originalmente nos EUA. (Reznick, Baranek, Reavis, Watson, & Crais, 2006)</p>
<p>GARS (<i>Gilliam Autism Rating Scale</i>), 1995</p>	<p>Identifica problemas comportamentais e auxilia na identificação de objetivos educacionais. Permite estimar a severidade do autismo em indivíduos de 3 a 22 anos de idade.</p>
<p>IBSE (<i>Infant Behavioral Summarised Evaluation</i>), 1992</p>	<p>Avaliando problemas de comportamento de crianças entre 6 meses e 4 anos.</p>
<p>PDDRS (<i>Pervasive Developmental Disorder Rating Scale</i>), 1993</p>	<p>Tem bom poder discriminante de crianças com autismo em relação a outros diagnósticos com que frequentemente são confundidos (Jorge, 2003).</p>
<p>PDDST-II (<i>Pervasive developmental Disorders Screening Test- II</i>)</p>	<p>Questionário para ser respondido pelos pais, composto por 14 itens. (Johnson & Myers, 2007)</p>

<i>Continuação do APÊNDICE 1: Instrumentos para diagnóstico/detecção do autismo</i>	
<p>SCQ <i>(Social Communication Questionnaire – antigo ASQ - Autism Screening Questionnaire), 1999</i></p> <p>STAT <i>(Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds), 1997</i></p>	<p>Estudo de validação considerou-o com boa validade discriminativa de transtorno invasivo do desenvolvimento em relação a desenvolvimento típico, considerando todos os níveis de QI. (Jorge, 2003)</p> <p>Proposto a partir dos 2 anos de idade, associa observação e inquérito e requer treino específico do profissional.</p>
<i>Instrumentos para avaliação de sujeitos autistas</i>	
Instrumentos: sigla, nome e ano de elaboração e/ou modificações	<u>Autismo como lócus:</u> Funções psicológicas específicas
<p>ATEC <i>(Autism Treatment of Evaluation Checklist)</i></p>	<p>Propõem-se mais especificamente a avaliar efeitos de tratamento em crianças com autismo. Disponível na internet (www.autism.com/atec).</p>
<p>BFI <i>(Behavior Function Inventory), 2001</i></p>	<p>Visa fornecer uma definição clara e precisa dos comportamentos característicos do autismo; avaliação funcional da sintomatologia do autismo.</p>
<p>BOS <i>(Behavior Observation Scale for Autism), 1978, 1984</i></p>	<p>Avalia crianças em contexto evolutivo. Elaborado para utilização com crianças de desenvolvimento típico, de crianças autistas e crianças com deficiência mental.</p>
<p>BRIACC <i>(Behavior Rating Instrument for Autistic and Other Atypical Children), 1977</i></p>	<p>Medida observacional derivada da prática clínica, que por meio da observação de postura psicodinâmica avalia diferentes áreas de desenvolvimento.</p>
<p>BSE / BSE-R <i>(Behaviour Summarized Evaluation / Revised), 1990, 1997</i></p>	<p>Serve para realizar registros progressivos em estudos terapêuticos controlados de curta ou longa duração. A BSE-R teve acréscimo de 9 itens sobre os 20 itens da BSE.</p>
<p>IDE Scale <i>(Imitation Disorders Evaluation Scale), 1999</i></p>	<p>Avalia transtornos na imitação em jovens crianças autistas.</p>
<p>PEP, PEP-R, PEP-3 <i>(Perfil Psychoeducational Profile – Revised), 1990, 1994, 2004</i></p>	<p>Tem o propósito de mensurar níveis de desenvolvimento de crianças com espectro autístico. Composto por materiais concretos, permite transpor a limitação verbal dessa população, oferecendo itens de avaliação que não requerem a instrução verbal para avaliar áreas diferentes (como imitação motora ou percepção).</p>
<p>RLRS <i>(Real Life Rating Scale), 1986</i></p>	<p>Avalia, por meio da observação, efeitos de tratamento em contextos naturais. (Jorge, 2003)</p>

APÊNDICE B - GLOSSÁRIO TEÓRICO-TÉCNICO

GLOSSÁRIO TEÓRICO- TÉCNICO

Termos relacionados às diretrizes clínico-educacionais para intervenção no desenvolvimento psicológico de crianças com autismo até seis anos de idade

ABA: A Análise Aplicada do Comportamento é um termo advindo do inglês, *applied behavioral analysis*. Trata-se de uma abordagem comportamental, difundida nas décadas de 1970 a 1980, que, embora não tenha sido desenvolvida de forma dirigida para um público específico, tem sido amplamente recomendada para tratamento precoce de crianças com autismo (Shea, 2004). Baseia-se em princípios científicos da teoria do aprendizado, principalmente o comportamento operante, e visa à construção de esquemas de aprendizagem de repertórios considerados socialmente relevantes ou redução de comportamentos indesejáveis ou interferentes. Caracteriza-se por compreender que todo comportamento é passível de ser modificado e que os comportamentos não são sintomas de doenças ou patologias. Os comportamentos têm uma função, por mais estranho que pareça, e são aprendidos em função dos tipos de reforçadores que a eles se associam (Braga-Kenyon, Kenyon, & Miguel, 2005; Checchia, 2009). Os programas de intervenção precoce para crianças com autismo que têm privilegiado o uso de programas de aprendizagem pelos princípios da ABA orientam-se por um currículo que enfoque os domínios na área da comunicação, das habilidades sociais, das habilidades para brincar, do processamento visual e auditivo (e integração desses canais sensoriais) (Braga-Kenyon, et al., 2005; Checchia, 2009).

Adaptativo, comportamento / habilidade: o funcionamento adaptativo se refere às capacidades de auto-eficiência pessoal e social na vida real. crianças com autismo têm habilidades adaptativas significativamente aquém de seu melhor desempenho, quando avaliadas em ambientes artificiais. Há discrepância entre o potencial intelectual e as habilidades apresentadas

consistentemente em ambientes naturais. Isso demonstra o quanto são capazes de adquirirem muitas habilidades espontaneamente em intervenções estruturadas, mas não conseguem generalizá-las para a vida real. O instrumento mais amplamente usado para avaliar o comportamento adaptativo é o *Vineland Adaptive Behavior Scales*, que avalia as capacidades de auto-suficiência em vários campos de funcionamento (linguagem, habilidades de vida diária, socialização e habilidades motoras). (Klin, Chawarska, Rubin, & Volkmar, 2006)

Alimentar, particularidade no padrão: pessoas com autismo podem desenvolver comportamentos atípicos envolvendo particularidade no padrão alimentar (Gonçalves et al., 2008).

Apego: comportamentos caracterizados pela propensão do ser humano para buscar e manter aproximação com um cuidador em situações de tensões e exploração. Bowlby propôs fases de desenvolvimento do apego, que vão da orientação a sinais com discriminação limitada do objeto de apego à formação de “parceria”, marcada pelas relações de reciprocidade. Nos estudos iniciais de Kanner, identificou-se que as crianças pareciam não diferenciar seus pais de outras pessoas, levando a afirmações posteriores sobre a ausência de comportamento de apego e falha na capacidade de ligar-se a alguém específico em pessoas com autismo. Estudos posteriores demonstraram, contudo, que, apesar do déficit socioemocional que autistas apresentam, o comportamento de apego é presente entre crianças com autismo e suas mães, caracterizado por apego seletivo, marcado pela segurança. (Sanini, Ferreira, Souza, & Bosa, 2008)

Asperger, Transtorno de: transtorno do desenvolvimento de espectro autista, tipicamente associado à condição de inteligência normal. Caracteriza-se por prejuízos na interação social, além de interesses e comportamentos limitados, idêntico ao que se encontra no autismo. Contudo, diferente deste transtorno, o transtorno de Asperger tem desenvolvimento precoce da linguagem, bem como falta de qualquer retardo clinicamente significativo na percepção da linguagem, no desenvolvimento

cognitivo, habilidades de autocuidados e na curiosidade sobre o ambiente. Tendem a apresentar interesses bastante específicos e intensos, que ocupam totalmente o foco da atenção e tendência a falar em monólogo. Comumente apresentam incoordenação motora, mas isso não é condição necessária para o diagnóstico. A síndrome recebeu esse nome em função do pesquisador que primeiro descreveu casos com essa configuração clínica. Hans Asperger defendeu sua tese de doutorado em 1944, um ano após a publicação de Leo Kanner sobre casos similares, que foram chamados de autismo (Klin, 2006).

Atenção compartilhada: considerado um dos indicadores comportamentais de alto poder discriminante no diagnóstico diferencial de risco de autismo em relação a outros transtornos de desenvolvimento e deficiência intelectual (Bosa, 2002; Whalen, Schreibman, & Ingersoll, 2006). É um dos principais construtos a ser discutido na dimensão social do autismo e refere-se à capacidade individual de coordenar a atenção com um parceiro social em relação ao um mesmo objeto ou evento (Tuchman, 2009).

A falha na atenção compartilhada é um dos maiores prejuízos no desenvolvimento de crianças com autismo, pois está associada com o comprometimento da linguagem (Johnson & Myers, 2007; Murray, Creaghead, Shear, Bean, & Prendeville, 2008; Whalen, et al., 2006). Em crianças de desenvolvimento típico, a atenção compartilhada funciona como estrutura para a emergência da comunicação (Aldred, Green, & Adams, 2004) e como precursora da teoria da mente (Schertz & Odom, 2004)

Termos sinônimos: atenção conjunta (Alessandri, Mundy, & Tuchman, 2005); olhar convergente (Golse, 2003); atenção articulada (Tuchman, 2009), atenção combinada (Tuchman & Rapin, 2009).

Autismo de alto funcionamento: refere-se a pessoas com transtorno autista que não têm o déficit intelectual associado ou há pouco comprometimento das funções intelectuais. Em geral, têm QI superior a 70 e são verbais. (Schwartzman, 2003)

Termo sinônimo: autismo de bom rendimento; Síndrome de Asperger (Schwartzman, 2003).

Autista, transtorno: Termos sinónímicos: perturbação do espectro autista, autismo, transtorno do espectro autista.

Auto-agressividade: *ver comportamento auto-agressivo.*

Auto-estimulação: *ver Comportamentos auto-estimulatórios:*

Autopercepção: ao longo da idade pré-escolar, as crianças de desenvolvimento típico desenvolvem simultaneamente a auto e héteroconsciência. É uma capacidade que está relacionada com as funções executivas, processo que monitora o controle do pensamento e das ações, incluindo autorregulação, planeamento, flexibilidade cognitiva, inibição de respostas e tolerância a interferências (Decety & Jackson, 2004). Esse processo psicológico desenvolve-se de modo prejudicado, qualitativamente diferente em pessoas com autismo. *Ver Teoria da Mente.*

Autoproteção: crianças com autismo podem responder inadequadamente a situações de perigo em razão do prejuízo para avaliar aspectos sociais envolvidos na relação com objetos ou com pessoas. O mundo é um lugar que requer constante interpretação e isso é bastante difícil para crianças com autismo, levando-as a apresentarem dificuldades para identificar situações que possam pô-la em risco (Williams, 2008). Além disso, quando apresentam algum interesse muito específico, podem, na busca de atingir o objeto desejado, desconsiderar completamente quaisquer situação que se interponha entre a criança e o objeto, fazendo-lhe correr riscos e apresentar limitada capacidade para auto-protoger-se.

Auto-regulação: conceito que está relacionado com a capacidade de buscar organização interna e própria e pressupõe a existência da autoconsciência (Decety & Jackson, 2004). É conceito central no modelo de intervenção SCERTS,

Auto-referência verbal, prejuízo na: costuma ser comum em pessoas autistas verbais a dificuldade para compreender e usar adequadamente as trocas de pronomes pessoais. A auto-referência verbal, muitas vezes, é realizada por meio de pronomes na 3ª. pessoa do singular e do uso do próprio nome,

ao invés de “eu”. Esse problema se explica por uma inflexibilidade mental. Na perspectiva psicanalítica, por muito tempo se explicou essa dificuldade como uma prova concreta de que pessoas com autismo recusavam-se a desenvolver uma identidade própria, de modo que falam na 3ª. pessoa como manifestação da alienação da criança ao discurso do outro (Laznik-Penot, 1997). Deve-se considerar que o aprendizado da linguagem comunicativa se dá pela interação e imitação. Como pessoas com autismo têm dificuldade para colocar-se no lugar do outro e têm um modo de funcionamento da inteligência concreta e literal, tende a verbalizar exatamente como ouve. Se lhe referem algo como: “*você quer um biscoito?*”, ele poderá responder afirmativamente com “*você quer um biscoito*”. (Peeters, 1998)

Barreira autista: termo utilizado na esfera psicanalítica, na perspectiva de Frances Tustin. Para essa autora, os bebês recém-nascidos sofrem com a separação da mãe, auto-gerando percepções sensoriais que funcionam como defesa psíquica em busca de apaziguar-se por conta da angústia gerada pelo trauma. Essa defesa confere ao bebê um sentimento de coesão física e psíquica e o apego a essa defesa recebeu o nome de “barreira autista” e afeta a capacidade do recém-nascido ou do bebê para a empatia (Salim, 2006; Sukiennik & Salle, 2005).

Brincar, habilidade de: O brincar é uma forma de interação social, e se define por uma atividade com fim em si mesmo, que não está ligada a noção de dever, obrigatoriedade. É uma evasão da vida real para uma atividade temporária com orientação própria a qual se realiza tendo em vista uma satisfação que consiste nessa própria realização. O brincar pode ser classificado em quatro tipos, segundo as capacidades psicológicas da criança que estão envolvidas e que têm relação com a evolução cognitiva da criança (Casby, 2003):

(a) *Brincar estimulatório:* a criança interage com os objetos concentrando-se nos aspectos sensoriais que estão disponíveis, como chacoalhar ou bater em objetos para buscar os sons possíveis. Crianças com autismo podem fixar-se nesse estágio do brincar, o que é próprio de crianças no

estágio sensório-motor, na perspectiva piagetiana. (Assumpção Jr, 2008)

(b) *Brincar funcional*: implica na capacidade de usar um brinquedo segundo a função que tem (exemplos: com as peças do quebra-cabeça, montá-lo, fazer um trenzinho ir para frente e para trás nos trilhos, brincar de fazer comida com uma panelinha de plástico, ou estacionar um carrinho de brinquedo) (Sussman, 2004). A criança com autismo pode apresentar limitações nessa capacidade, de modo a relacionar-se com os objetos de modo direto, sensorial – como interessar-se não pela possibilidade de andar numa motoca, mas virando-a de cabeça-para-baixo e se entretendo durante longos períodos com o movimento giratório de suas rodas.

(c) *Brincar simbólico*: quando a criança é capaz de brincar envolvendo o uso de um objeto como se fosse outro, atribuindo propriedades ao objeto que ele não possui, ou referindo-se a objetos ausentes como se eles estivessem presentes (por exemplo: com um cabo de vassoura, fazer de conta que é um cavalinho; a areia assume função de “comida” na panelinha). Crianças com autismo apresentam limitações nessa capacidade, com tendência a lidar com os objetos segundo o que percebem pelas vias sensoriais.

(d) *Brincar sociodramático ou jogo compartilhado*: quando a brincadeira envolve a habilidade de trocar de papéis, baseando-se em papéis relativos a um tema em particular.

Crianças com autismo tendem a apresentar déficit na habilidade de brincar, quando envolve a habilidade imaginativa, que tem desenvolvimento também prejudicado nessas crianças. Tendem a se fixar em brincadeiras mais sensoriais (Tamanaha, Chiari, Perissinoto, & Pedromônico, 2006), correspondente ao que Piaget identificou no período sensório-motor, livres de atividades representacionais e carregadas de estimulações sensoriais e motoras (Simiema, 2007). Ainda, crianças com autismo têm dificuldade de estabelecer relações de brincar com seus pares, podendo responder melhor com adultos (Koegel, Koegel, Frea, & Fredeen, 2001).

Cegueira mental: termo cunhado por Baron-Cohen (2004) para referir-se à dificuldade de pessoas com autismo para inferir sobre o

estado mental de outras pessoas. *Ver Teoria da Mente e Empatia.*

Cérebro social: pesquisadores da área da neurociência têm proposto a existência de áreas e circuitos cerebrais intimamente relacionadas à vida social em animais e em seres humanos, a qual têm chamado de “cérebro social”. São circuitos que incluem a região pré-frontal medial, especialmente o córtex pré-frontal ventromedial, e estruturas e áreas relacionadas ao reconhecimento de faces, na junção entre o lobo temporal e occipital, chamada de “área fusiforme”. (Moura, Sato, & Mercadante, 2005)

Coerência central, teoria da: a coerência central é descrita como a habilidade de processar a informação que chega num contexto e combiná-la num significado de alto nível, frequentemente à custa da memória para detalhes (Happe, 1999 citado por Houghton, 2008). O cérebro das pessoas com autismo tem tendência a priorizar igualmente todos os estímulos, de modo que tudo o que lhe envolve passa a lhe provocar uma enxurrada opressiva de informações sensoriais, sendo extremamente difícil identificar e ignorar os estímulos irrelevantes e focar atenção valiosa sobre aquilo que é relevante numa tarefa (Houghton, 2008; Williams & Wright, 2008). Processar diferentemente informações globais e locais é uma tarefa que costuma ser muito difícil para pessoas com autismo (Boulanger, 2004).

Comportamento adaptativo: ver *Adaptativo, comportamento/habilidade.*

Comportamento auto-agressivo: os comportamentos denominados autolesivos, autoagressivos ou autodestrutivos são ações estereotipadas e repetitivas, potencialmente lesivas à própria pessoa – as lesões podem variar de mínima a grave. Diferem das estereotípias, mas podem sobrepor-se às compulsões (ver *compulsões*). Nos quadros de autismo, são comportamentos bastante incidentes e podem estar fortemente associados a quadros de ansiedade e com funções auto-estimulatórias. São exemplos de comportamentos auto-agressivos: bater-se com a mãe ou com algum objeto, bater

uma parte do corpo contra um objeto (ex.: dar cabeçadas), morder-se, arranhar-se, puxar os próprios cabelos, beliscar-se ou enfiar o dedo no próprio olho ou no próprio ouvido. (Mink & Mandelbaum, 2009)

Tais comportamentos trazem não apenas danos físicos para o indivíduo que os manifesta, mas também prejuízo social, pois essas pessoas ficam impedidas de participar de eventos sociais, pois a ocorrência de comportamentos autolesivos tende a afastar as pessoas, quão doloroso pode ser assistir a episódios que podem chegar até mesmo ao sangramento. (Suplino, 2005)

Termos sinônimos: comportamento autolesivo; comportamento autodestrutivo.

Comportamento auto-lesivo: ver *Comportamento auto-agressivo*.

Comportamento auto-estimulatório: são movimentos repetitivos do corpo e de objetos. Caracterizam-se por serem ritualísticos e estereotipados, sem o risco de causar danos físicos ao indivíduo. Contudo, com o tempo, podem se tornarem autolesivos (Suplino, 2005).

Comportamento pré-vocal: são considerados os comportamentos com intuito comunicativo, como gestos de apontar, acenar, mostrar, etc., que ainda não incluem a voz como instrumento de linguagem. São comportamentos que devem surgir espontaneamente ao longo da interação do bebê com outras pessoas, mas praticamente ausentes em bebês com risco de desenvolvimento autístico. (Johnson & Myers, 2007)

Comportamentos pró-sociais: são ações casuais de amabilidade, representando comportamentos espontâneos que contribuem decisivamente para interações sociais de sucesso. (Marinho, Gomes, Vieira, Antunes, & Teixeira, s/d)

Comportamento mal-adaptativo: ver *Comportamento adaptativo*.

Comportamento sócio-afetivo: referem-se aos comportamentos mais elementares do bebê humano na direção do outro. São

comportamentos não-verbais, precursores da linguagem verbal e que assumem alguma função comunicativa. Soa exemplos: expressões faciais, gestos, vocalizações. O transtorno do espectro autista é considerado um distúrbio na área sócio-emocional, pois há falta essencial na capacidade de engajamento nas interações sociais recíprocas. Em razão dessa dificuldade primária, apresentam dificuldades para desenvolver o uso funcional da fala, compreensão e produção de comportamentos não-verbais, jogo simbólico e apresentarem interesses e comportamentos restritos e repetitivos (Correia, 2005b).

Comunicação, *habilidade de*: nas pessoas com autismo, os processos comunicativos estão entre as três áreas de desenvolvimento prejudicado, junto com a socialização e imaginação. Problemas desenvolvimentais primários, como nos comportamentos de engajamento sócio-afetivo/sócio-emocional, estão entre os precursores do desenvolvimento da linguagem e, por isso,

Comunicação não-verbal: refere-se às habilidades comunicativas funcionais que não recorrem ao uso de recursos verbais. Em crianças com autismo, há prejuízo na capacidade de utilizar-se de recursos comunicativos (como gestos, mímicas, expressões faciais, comportamentos de apontar, por ex.) para substituir a impossibilidade de utilizar-se da linguagem verbal, que é uma forma mais precisa e objetiva de linguagem.

Comunicação alternativa: pessoas que não podem comunicar-se pelos meios convencionais podem aprender meios de comunicação alternativos. No caso do autismo, a metodologia mais difundida é o PECS, que refere-se a um sistema de comunicação por troca de figuras.

Corpo, *uso do*: a avaliação sobre como uma criança faz uso do próprio corpo pode ser utilizado como um dos indicadores para detecção do autismo. Crianças com autismo podem usar de seu próprio corpo de modo não-funcional, apresentando maneirismos, movimentos estereotipados e comportamentos auto-lesivos. São exemplos desses comportamentos:

balanceios com o tronco, *flapping* (movimento de braços que se assemelha ao bater de asas de um pássaro), olhar para a palma da mão, entre outros.

Currículo Funcional Natural: O Currículo Funcional Natural (CFN) é uma metodologia de ensino cuja proposta está baseada na funcionalidade das habilidades a serem adquirida e na manutenção destas através de contingências naturais de aprendizagem. O CFN recebeu esse nome em razão da ênfase na funcionalidade daquilo que se ensina e no privilégio de contingências naturais de aprendizagem. O sentido de “natural” do CFN diz respeito ao contexto em que se ensina: no próprio momento em que se sente necessidade de utilizar a habilidade a ser aprendida. Um exemplo é ensinar a vestir-se no momento em que é necessário vestir-se e não em contextos artificiais de sala de aula. Outro sentido do “natural” é relativo à idade do aprendiz. Assim, trabalha-se com a pessoa a partir das suas condições naturais, como é o caso de trabalhar com adultos com materiais próprios do que adultos usam e com crianças com jogos e brincadeiras que são próprios para crianças (Suplino, 2007).

Deficiência mental: ver *Deficiência intelectual*.

Deficiência intelectual: terminologia que substituiu recentemente o termo “deficiência mental”. É uma condição definida pelo prejuízo nas funções intelectuais, com presença de QI igual ou inferior a 75 e prejuízos em comportamentos adaptativos em, no mínimo, duas áreas de atuação (comunicação, acadêmica, lazer, trabalho, auto-cuidados). É uma condição comumente associada ao espectro autista (cerca de 70 a 80% dos casos de autismo). Quanto maior o déficit intelectual, tanto maior é o acometimento dos sintomas do autismo, conforme demonstrou Wing no *continuun autista*. (Francisco Assumpção Jr, 2008)

Déficit social: é um dos principais aspectos clínicos que diferenciam o autismo de outros transtornos da comunicação e do comportamento. Dentre os fenótipos clínicos de déficits sociais encontrados no escopo do autismo, podem ser três o subtipos: 1) indiferente; 2) passivo e 3) ativo-mas-estranho.

Os dois últimos tipos são fatores de predição de comportamentos nos campos da linguagem/comunicação, interação social recíproca e domínios de interesse restrito/comportamento estereotipado. (Roberto Tuchman, 2009)

Dessensibilização sensorial: a carga excessiva que representa os estímulos sensoriais para pessoas com autismo requer intervenções que desenvolvam maior tolerância e capacidade de administrar os estímulos cm que interagem. Técnicas especiais de aproximação gradual e sucessiva com os estímulos são realizadas para que a criança vá se dessensibilizando, ou seja, vá aprendendo a processar o estímulo e, assim, ampliando níveis de tolerância e controle sobre seu comportamento para oferecer respostas apropriadas. Podem ser utilizadas em situações mais simples, como o contato com um objeto, ou em situações mais complexas, como uma atividade que envolve diversos estímulos – como tomar banho (temperatura da água sobre a cabeça/corpo, xampu, esponja, movimento dos braços para higienizar-se), escovar os dentes (toque na boca, sabor da pasta dental, água que escorre, movimento da escova, espuma produzida) ou subir escada rolante (coordenação de movimento, equilíbrio, propriocepção).

Devoração, jogo de: termo utilizado por Marie-Christine Laznik para designar uma brincadeira típica entre mãe e bebê, em que a criança normalmente oferece seu corpo para a mãe, como objeto de seu gozo, prestes a ser “comido” e “devorado” por ela. A criança tem prazer nessa brincadeira e provoca reinício do jogo lúdico ao reconhecer as sensações de surpresa e júbilo que provoca na mãe. Contudo, crianças com autismo não oferecem seu corpo como objeto de gozo, interrompendo facilmente as sequências desse jogo prazeroso – talvez pelo fato de serem incapazes de interpretar as expressões de surpresa e júbilo transmitidas pela mímica do rosto materno e pela entonação de sua voz (Saboia, 2007).

Disfunção executiva: é considerado o problema cognitivo central da pessoa com autismo, pois os comportamentos são a

manifestação dessas disfunções ou alterações (Scheuer & Andrade, 2007).

Ecolalia: é um tipo de estereotípia de linguagem. Consiste na repetição de falas (palavras ou frases). Pode ser classificada em “imediate”, quando a repetição ocorre logo depois da fala, ou “tardia”, quando a criança repete um tempo depois (pode ser horas, dias ou mesmo semanas depois que ouviu). É uma das características mais comuns dentre as características de linguagem no autismo (Saad & Goldfeld, 2009) e pode confundir os pais da criança ainda não diagnosticada como autista, pois ela pode expressar um vocábulo sofisticado, fazendo-os pensar que houve um avanço no desenvolvimento da linguagem, enquanto, em contrapartida, a criança mal compreende um comando (Johnson & Myers, 2007). As implicações para a intervenção podem ser paradoxais: alguns profissionais compreendem que a ecolalia não tem função comunicativa e por isso não deve ser estimulada e outros reconhecem na ecolalia um valor comunicativo e pode ser utilizada como ferramenta nas terapias fonoaudiológicas (Saad & Goldfeld, 2009).

A ecolalia, na perspectiva psicanalítica lacaniana, é o sinal da existência da ressonância própria de uma organização do vazio, em que o som das palavras apenas encontra *Ecos*, mas não *Eros*, existente no âmbito do humano (Araújo, 2007). O autismo, nessa perspectiva, é marcado pela lógica da exclusão e, por isso, a ecolalia também excluiria o outro como representante da língua (Carvalho, Rêgo, & Lima, 2003).

Empatia: a empatia pressupõe autoconsciência (Decety & Jackson, 2004) e é compreendida como uma sintonização espontânea e natural com as ideias e sentimentos do outro, quaisquer que sejam. É a empatia que permite que se sinta a atmosfera emocional que se instala numa situação social. Tem um componente cognitivo, que é representado pelo conceito de “teoria da mente”, e um componente afetivo, que dá a capacidade de oferecer uma resposta emocional apropriada ao estado emocional de outra pessoa (Baron-Cohen, 2004). Nas pessoas com autismo, encontra-se uma desordem no desenvolvimento dessa capacidade, uma desordem da

empatia. Esse déficit severo foi chamado de “cegueira mental”, pela dificuldade de “ler a mente” ou de se imaginar no lugar de outra pessoa, enxergando o mundo com os olhos dela e respondendo adequadamente a seus sentimentos. (Baron-Cohen, 2004; Cole & Cole, 2004)

Engajamento afetivo: pode também ser denominado engajamento sócio-emocional e é um tipo de comportamento esperado de crianças desde cedo, que implica na capacidade de se engajar num jogo social e afetivo. Caracteriza-se pela responsividade afetivo-perceptual de bebês aos comportamentos expressivos e afetivos de outras pessoas. É um fenômeno psicológico essencial para o desenvolvimento da intersubjetividade, da comunicação não-verbal e da comunicação verbal dos indivíduos humanos (Oliveira, 2009).

Ensino estruturado: O *Ensino Estruturado* é um princípio pedagógico amplamente recomendado para o trabalho com crianças com autismo. Consiste de um sistema de organização do espaço, do tempo, dos materiais, e das atividades, visando a facilitar os processos de aprendizagem e a autonomia das crianças e a diminuir a ocorrência de problemas de comportamento. É, no entanto, um modelo suficientemente flexível, pois permite ao técnico encontrar as estratégias mais adequadas de forma a responder às necessidades de cada criança. Parte do princípio de que estruturas visuais ensinam e ajudam a criança com autismo a seguir instruções de forma autônoma, auxiliando-a a lidar com as mudanças e proporcionando-lhe maior flexibilidade ao seu pensamento (Gonçalves, et al., 2008).

Espectro autista: refere-se a uma condição clínica de alterações cognitivas, lingüísticas e neurocomportamentais, pretendendo representar o fato de que, mais do que um conjunto fixo de características, esta condição parece manifestar-se através de várias combinações possíveis de sintomas num contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade. (Gonçalves, et al., 2008)

Estabelecimento da demanda: eixo de avaliação do IRDI. Busca identificar as primeiras reações involuntárias do bebê ao

nascer, tais como o choro, reconhecidas pela mãe como um pedido que o bebê dirige a ela. Para a psicanálise, esse reconhecimento permitirá a construção de uma demanda do sujeito a todos com quem vier a relacionar-se. Essa demanda estará na base de toda a atividade posterior de linguagem e de relação com os outros. (M. Kupfer et al., 2009)

Estereotípias de linguagem: ver *ecolalia*.

Estereotípias motoras: podem ser definidas como movimentos rítmicos, repetitivos, padronizados, em um intervalo de tempo relativamente constante, não dirigidos para um objetivo reconhecido, despropositados, não funcionais e involuntários (Mink & Mandelbaum, 2009) ou voluntários imaturos (Johnson & Myers, 2007). Caracterizam-se por serem invariáveis quanto ao padrão do comportamento, impermeáveis quanto às variações do ambiente, com longo tempo de duração (meses) e assíncronas quanto ao nível de desenvolvimento (Johnson & Myers, 2007; Simiema, 2007). Para Mink & Mandelbaum (2009), as estereotípias

As estereotípias motoras estão entre as características do autismo, num item do critério do DSM-IV (APA, 1995), referente a “padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades”. As estereotípias motoras são comuns entre crianças no primeiro ano de vida e compreendidas como fenômeno normal para satisfação de necessidades instintivas e facilitadoras do desenvolvimento motor e da personalidade. Contudo, a presença tardia de padrões de hábitos rítmicos pode ser um indicativo importante para o diagnóstico precoce de atraso no desenvolvimento (Mink & Mandelbaum, 2009; Simiema, 2007).

As dificuldades das pessoas com autismo em processar informações do meio e usar processos imaginativos lhes provocam grande carga de ansiedade e estresse. As estereotípias e maneirismos, em geral, assumem o papel preventivo de ocupá-los com alguma atividade de canalização da ansiedade, mas não apenas – são multideterminadas e podem assumir múltiplas funções (Kennedy, Meyer, Knowles, & Shukla, 2000).

Termos sinonímicos: padrões habituais rítmicos; fenômenos de gratificação; auto-estimulação; ritmias motoras. (Mink & Mandelbaum, 2009)

Etiologia: definido pelo estudo das causas das coisas, de uma determinada doença ou disfunção (Schwartzman, 2003). Para o autismo, ainda não há etiologia única e segura – na maioria dos casos, não é possível identificar qual a causa do transtorno. Os primeiros estudos, a começar por Leo Kanner, em 1943, sustentaram fortemente que o autismo tem origem a partir de um trauma ou de uma falha na construção de vínculos afetivos com os pais, especialmente a mãe. Estudos de Edward Ritvo, na década de 80, lhe impeliram a exterminar qualquer relação entre autismo e causas emocionais, psicogenéticas. Ritvo (1985) estabeleceu registro de estudos genéticos do autismo, catalogando quase 300 famílias (entre 1980 e 1982) com membros autistas em duplicidade ou até triplicidade (entre irmãos gêmeos e outros parentes de 1º e 2º grau).

Conclui-se, atualmente, que não se pode apontar uma causa básica para o autismo, mas que ele pode se associar a muitas condições, como deficiência intelectual, epilepsia, síndrome de Down, síndrome do X-frágil (Schwartzman, 2003). Embora não se possa afirmar que o autismo seja causado por essas condições, se aceita seguramente a hipótese de que há alguma relação entre elas. Na busca de relações causais para o autismo, há consistência entre rubéola intra-uterina ou esclerose tuberosa e autismo (Rapin & Tuchman, 2009).

Experiências intersubjetivas primárias: ver *Intersubjetividade primária*.

Experiências intersubjetivas secundárias: ver *intersubjetividade secundária*.

Expressões faciais / emoções, reconhecimento de: o reconhecimento de expressões faciais é essencial para a interação social em razão das informações auxiliares e antecipatórias das ações dos outros (Begeer, Rieffe, Terwogt, & Stockmann, 2006). Há softwares e vídeos que visam à ensinar crianças a

compreender expressões faciais e linguagem corporal, como o *Gaining Face*, *Mind-Reading* e *See What I Mean?* (Williams, 2008)

Eye-gaze: exame objetivo que registra o percurso do olhar humano, por meio de raios infravermelhos que se projetam nas córneas e determinam a angulação em relação à tela, detectando as direções para onde os olhos se dirigem. Utilizado em pesquisa com crianças autistas para verificar como faziam a exploração visual de um cenário, onde continham pessoas e objetos diversos. Identificou-se que crianças com autismo diferem de crianças com desenvolvimento típico, uma vez que as últimas tendiam a organizar a exploração visual a partir das referências humanas – buscavam os olhos das pessoas da imagem, em seguida boca e nariz. Crianças autistas, por sua vez, gastavam pouco tempo olhando para a região ocular, tendendo a olhar pontos incomuns como a orelha, um detalhe no fundo, um fio de cabelo branco (Nogueira, 2007).

Eye-tracking: ver *Eye-gaze*.

Floor-Time: O Método *Floor Time* (“Tempo no chão”) é também conhecido como *Modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação* (DIR). Foi desenvolvido por Stanley Greenspan e Serena Wieder, nos EUA, durante as duas últimas décadas (Silva et al., 2003). Caracteriza-se por ser um modelo de intervenção interativa não dirigida, intensiva e global, associando o envolvimento e a participação da família, cujo objetivo central está em envolver a criança numa relação afetiva. É uma estrutura teórica e aplicada de intervenção abrangente, que examina as capacidades funcionais de desenvolvimento das crianças no contexto singular do seu perfil de processamento de base biológica, suas relações familiares e os padrões interativos (Wieder & Greenspan, 2003), por isso é também considerada uma intervenção de perspectiva evolutiva (Mulas et al., 2010).

Tem como princípios básicos: 1) seguir a atividade da criança, apoiando as suas intenções e levando em conta as diferenças individuais e seus estágios do desenvolvimento

emocional; 2) conduzir a criança ao envolvimento e interação, através da expressão afetiva e ações do que com ela interage; 3) abrir e fechar ciclos de comunicação (comunicação recíproca), utilizando estratégias como o “jogo obstrutivo”; 4) alargar a gama de experiências interativas da criança por meio do jogo; 5) alargar a gama de competências motoras e de processamento sensorial; 6) adaptar as intervenções às diferenças individuais de processamento auditivo e visuoespacial, planejamento motor e modulação sensorial; 7) buscar a mobilização simultânea dos seis níveis funcionais de desenvolvimento emocional (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de seqüências de ideias e pensamento lógico emocional) (Silva, et al., 2003).

Função paterna: é um conceito psicanalítico, lacaniano, que compreende o lugar de terceira instância, orientada pela dimensão social, para a dupla mãe-bebê. A mãe que se submete à função paterna considera, na sua relação com o bebê, os parâmetros que a cultura lhe propõe para orientar essa relação, uma vez que a função paterna é a encarregada de transmitir esses parâmetros. O exercício da função paterna sobre o par mãe-bebê poderá ter como efeito uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como um “objeto” voltado unicamente para sua satisfação. A singularização do filho e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas são determinantes da função paterna (Kupfer, et al., 2009). A falha no desenvolvimento da função paterna pode ser a explicação para estruturação de um quadro de psicose. (Kupfer, 2000)

Gestos pré-vocais: ver *Comportamentos pré-vocais*.

Hiporresponsividade sensorial: ver *responsividade sensorio-perceptiva atípica*

Hiporresponsividade sensorial: ver *responsividade sensorio-perceptiva atípica*

Ilhas de conhecimento: também denominadas “ilhas de funcionamento”. Referem-se a áreas de desenvolvimento que se apresentam preservadas ou se destacam por alta habilidade em pessoas com autismo de alto funcionamento ou com transtorno de Asperger. Pode ser considerado uma alteração cognitiva, pois é uma habilidade ou capacidade que se dissocia das demais, sobressai-se e não é funcional. Em geral, quando tais habilidades surge muito precocemente nas crianças, tendem a não ter função para ele e não auxiliam o autista no restante de seu desenvolvimento, em processos de compensação, por exemplo. Exemplos clássicos são autistas hipercalculistas, hiperléxicos e calendáricos. (Scheuer & Andrade, 2007)

Imaginação, *uso da*: o uso da imaginação implica na capacidade de representar mentalmente as experiências, vivências próprias e de outros, que são mediadas pela linguagem. Pessoas com autismo têm uma limitação nesse nível de abstração, sendo, em sua maioria, incapazes de lidar com fenômenos existentes apenas no campo mental, transitando sobre seus registros mentais para buscar novas soluções de problemas ou para substituir simbolicamente algo que elas não têm à disposição naquele momento. Essa dificuldade é causa e efeito de um outro processo característico de pessoas com autismo: a rigidez cognitiva, levando à necessidade de previsibilidade, visto que não são capazes de lidar com situações cuja continuidade não é conhecida e tendem a apegar-se a rituais e obsessões. Nessa perspectiva, falta-lhes habilidade para compreender expressões faciais, pois são informações carregadas de subjetividade e pouca obviedade.

Imitação: imitar é representar ou reproduzir algo ou uma ação. Pode ser considerada, como forma elementar, um processo potencialmente inato, uma vez que essa capacidade pode ser identificada em crianças desde muito cedo, com poucos meses de vida. A função da imitação é a apropriação dos modos de ser do humano. Nas crianças autistas, é um comportamento que se apresenta bastante prejudicado no percurso do desenvolvimento, acarretando, por sua vez, na dificuldade da criança aprender por meio da imitação – logo,

aprender com a experiência dos outros, que é o modo principal de apropriação da cultura humana.

Integração sensorial: é o processo neurobiológico por meio do qual o sistema nervoso central recebe, registra e organiza a informação sensorial que vai usar para criar uma resposta adaptada do corpo ao meio com o qual interage. Centra-se em três sistemas sensoriais básicos: tátil, vestibular e proprioceptivo (Silva, et al., 2003).

A disfunção de integração sensorial é definida como incapacidade para modular, discriminar, coordenar ou organizar sensações de modo adaptativo como resposta adequada às demandas do meio. Podem ser classificadas como problemas de modulação ou falhas na discriminação de estímulos. A modulação sensorial é a capacidade para regular e organizar a intensidade e natureza da resposta aos estímulos sensoriais. Quando os padrões de modulação sensorial são desorganizados, há grande impacto no comportamento e desempenho funcional e podem ser explicações para muitos dos comportamentos de crianças com autismo. (Lambertuci & Magalhães, 2005)

A compreensão de que as pessoas com autismo apresentam comumente alterações na capacidade de processar os estímulos sensoriais e integrá-los é o que justifica formas essa modalidade de intervenção. Pesquisas que buscaram identificar os benefícios da integração sensorial na intervenção com crianças autistas são controversas: há revisões sistemáticas sobre a eficácia desta terapia em crianças autistas que concluem não haver efeitos positivos significativos e que há falta de evidências sobre sua eficácia, embora se ressalte que não parecem ser prejudiciais e que algumas de suas atividades físicas poderiam ser benéficas. Em guias gerais de tratamento de autismo, não se encontrou evidências da eficácia de terapias de integração sensorial como tratamento dos sintomas nucleares dos transtornos autistas, porém aconselham seu uso de forma experimental, sem extrair os demais meios de tratamentos. (Fuentes-Biggi et al., 2006)

Intersubjetividade: é a noção que cada pessoa adquire sobre a existência de um espaço psíquico entre as pessoas. A

socialização inicial que os bebês de desenvolvimento típico apresentam, por meio de vocalizações, expressões corporais, olhares na direção de outros humanos, busca de atenção sobre si, é considerada como uma capacidade inata nos seres humanos, como se estivéssemos programados geneticamente para ir em busca do contato humano, para interagir com o outro e para despertar sua atenção. No caso de bebês com risco de desenvolvimento autístico, vê-se um prejuízo ou ausência de comportamentos dessa natureza. (Saboia, 2007)

Intersubjetividade originária: ver *Intersubjetividade primária*.

Intersubjetividade primária: refere-se aos primeiros processos de noção de espaço psíquico, caracterizada pela protoconversaçã - diálogos precoces de ordem pré-verbal entre mãe e bebê. O bebê demonstra interesse na interação fundamentalmente com sua progenitora, expressos por meio das reações sensoriais e táteis do bebê e comportamentos como uso do contato ocular, sorriso responsivo, vocalização e choro. Há uma hipótese fortemente difundida de que esse processo seja inato, herdado geneticamente, pois ocorrem antes mesmo dos três meses de vida do bebê. Referências teóricas para esse conceito são Trevarthen e Catherine Bateson (Saboia, 2007). São considerados precursores socioemocionais da linguagem (Correia, 2005a).

Intersubjetividade secundária: ocorre em torno do 9º. mês de vida do bebê, quando introduzido um objeto ou evento na relação dual (mãe-bebê), e as duas pessoas que se relacionam têm seus focos de atenção voltados para o mesmo interesse. Assim, itens como “não aponta o que deseja” ou “usa as pessoas como ferramenta” são comuns em escalas para diagnóstico de autismo, pois a apresentação dessas características revela que não há atenção compartilhada, já que saber apontar ou se comunicar com gestos são habilidades provenientes da intersubjetividade secundária (Lampreia, 2004; Lampreia, 2007).

Intervenção precoce: termo designado para denominar processos de estimulação ao desenvolvimento de crianças nos primeiros

anos de vida, com o objetivo de capacitar a criança a estabelecer uma trajetória de desenvolvimento que a preparará para ser bem-sucedida a longo prazo, associando apoio fornecido aos genitores e/ou a outros cuidadores (Silva & Dessen, 2005). A intervenção precoce também pode ser conceituada como “educação especial na infância precoce” (Odom & Wolery, 2003) ou intervenção a tempo (Campanário, 2006)

Tem sido amplamente recomendada a crianças em situações de risco de desenvolvimento, como as crianças com autismo, pelo prejuízo na capacidade para desenvolver habilidades essenciais para a adaptação social. A faixa etária contemplada, em geral, para esse público, é a idade pré-escolar, entre 18 meses e 6 anos (Molini-Avejonas, 2008; Mulas, et al., 2010).

Intervenção um-a-um: é uma estrutura de ensino-aprendizagem que representa a proporção de um educador/interventor para uma criança. A metodologia ABA é uma referência no uso desse sistema (Braga-Kenyon, et al., 2005), mas também é encontrado em outros programas, como recomendado no Projeto DATA (Boulware, Schwartz, Sandall, & McBride, 2006; Schwartz, Sandall, McBride, & Boulware, 2004). Tende a ser a proposta inicial de um programa de intervenções, para que o ambiente inicie do modo menos intrusivo possível (em relação à quantidade de estímulos que podem interferir na qualidade de aprendizagem da criança). Como o objetivo final das intervenções é que o aluno se inclua no ambiente, estando em situações de aprendizagem cada vez mais próximo do “natural”(como uma escola de ensino regular). Por isso, a tendência é que se vá ampliando o contexto de intervenção, inserindo a criança em contextos de aprendizado com outras crianças.

Jogo Simbólico: as crianças de desenvolvimento típico são capazes de apresentar a capacidade de brincar simbolicamente a partir dos dois anos de idade. O jogo simbólico é a capacidade de utilizar um objeto para substituir outro em uma ação lúdica. É como se observa em crianças que usam o cabo de vassoura para fazer de conta que é um cavalinho. Crianças com autismo apresentam uma “parada” no estágio sensorio-motor,

manifestando comportamentos lúdicos baseados em manipulação sensorial dos objetos.

Jogo Social: o jogo social são as situações lúdicas compartilhadas com outras pessoas. As pessoas com autismo apresentam pouco ou nenhum comportamento que denote a expectativa de obter prazer em atividades de compartilhamento numa situação social, bem como apresentam prejuízo nas habilidades comportamentais para essas interações. Em geral, não interagem com os outros e pode não dar resposta aos desafios ou às brincadeiras que lhe fazem.

Linguagem: a linguagem da criança autista, quando desenvolvida, manifesta-se com particularidades. Pode variar desde a ausência da linguagem, ou linguagem ecológica (repetição de palavras, frases ou jingles sem atribuição de sentido e sem função comunicativa), inflexibilidade na conjugação verbal, formulando frases do modo como as ouve (por isso, pode não conseguir usar 1^a. pessoa na construção de frases) e interpretações de texto de modo literal (dificuldade para compreensão de metáforas) (Assumpção Jr, 2008; Leon, Siqueira, Parente, & Bosa, 2007).

“Mães-frigorífico” ou “Mães geladeiras”: Bethelheim, em 1967, desenvolveu a teoria chamada “mães-frigorífico”. Esse termo é utilizado para referir-se às concepções de que pai ou mãe “frios” seriam a causa do autismo – o autismo seria, portanto, reação de defesa das crianças contra a forma nociva de criação dos pais “esquizofrenogênicos”, ou seja, desprovidos de sentimentos. (Gauderer, 1985; Rutter, 1985; Santos & Souza, 2007).

Maneirismos: ver *estereotípias*.

Neurônios Espelho: um tipo especial de neurônios que são ativados quando alguém observa uma ação de outra pessoa, de modo que esse *espelhamento* não depende obrigatoriamente da memória. São células capazes de identificar no próprio sistema corporal os mecanismos proprioceptivos e musculares correspondentes ao ato original e, portanto, fornecem a capacidade de imitar inconscientemente aquilo

que se observa, ouve ou percebe. Lameira et al (2006) informam também que os neurônios-espelhos estão diretamente envolvidos com a origem da linguagem humana, que possibilita a organização social humana e cuja disfunção poderia causar autismo. Ou seja, o comportamento autista é compatível com a falha do sistema de neurônios-espelhos.

Neuroplasticidade: considera a propriedade plástica do cérebro humano, como um órgão que conserva nossa experiência anterior e facilita a sua reprodução em razão da facilidade de modificar sua estrutura mais tênue sob diferentes influências. Quando os estímulos são suficientemente fortes ou repetidos com bastante frequência, o cérebro tem a propriedade de conservar as marcas dessa modificação (Vigotski, 2009). As propostas de intervenção em tenra idade se apoiam amplamente na ideia da neuroplasticidade, pois apostam nas amplas possibilidades de transformação

Olhar convergente: termo utilizado por Golse (2005). Ver *atenção compartilhada*.

Option, Método: Ver *Son-Rise*.

Ordem rígia, busca de: ver *Resistência a mudanças*.

Orientação social: refere-se ao alinhamento dos receptores sensoriais para um evento social ou para um pessoa, e é considerada uma chave importante do processamento da informação social. São habilidades que surgem por volta de 5 a 7 meses de idade através da volição ativa para os estímulos sociais, a exemplo de voltar-se com a cabeça na direção de onde seu nome é chamado (Montenegro, 2005).

PECS –*Pictures Exchange Communication System*: PECS é a sigla que representa o nome em inglês “*Pictures Exchange Communication System*”. É um programa que tem como objetivo desenvolver as habilidades comunicativas, especialmente a expressiva, de pessoas com transtorno autista que não têm linguagem verbal. Foi desenvolvido em 1985, por Andy Bondy e Lori Frost. É utilizado com pessoas que não se comunicam ou que possuem comunicação, mas a

utilizam com baixa eficiência (Mello, 2005). As crianças aprendem a trocar figuras por itens que desejam, de forma espontânea em contextos naturais. (Miguel, Braga-Kenyon, & Kenyon, 2005)

A base do programa é comportamental, seguindo o conceito de comportamento verbal de Skinner (Bondy, 2001). Compreende-se que a presença de muitos comportamentos disruptivos em pessoas com autismo pode ocorrer pela função comunicativa que assumem e pela cadeia de aprendizagem que se estabelece quando sequências de desentendimentos são associados. (Miguel, et al., 2005)

Percepção facial: ver *Expressões faciais / emoções, reconhecimento de*.

Percepção do tempo: autistas têm dificuldades para compreender as noções e tempo e administrá-lo (Peeters, 1998). As crianças com autismo tendem a viver mais no aqui-e-agora, pois pensar no futuro requer o uso da imaginação. É provável que, ao considerarem o futuro, não o fazem com imaginação no sentido de explorar novas possibilidades, mas o fazem de maneira literal. (Williams, 2008)

Presença/Ausência, alternância entre: caracteriza as ações maternas que a tornam alternadamente presente e ausente. A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, digno de nota, obrigando a criança desenvolver um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. A presença materna não será apenas física, mas será, sobretudo, simbólica. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demanda futuras. (Kupfer, et al., 2009)

Previsibilidade: pessoas com autismo não só gostam de previsibilidade e controle sobre as coisas com que interagem como têm elevada dificuldade para lidar com fenômenos imprevisíveis ou incontroláveis. As pessoas, por exemplo, podem deixá-los ansiosos ou desinteressados, pois são difíceis de serem previstos seus comportamentos e mais ainda de serem

controladas. A tentativa de fazer com que autistas se integrem ao mundo social imprevisível pode fazê-los reagir tentando impor previsibilidade e “uniformidade”, controlando as pessoas ou meio da insistência ou de explosões de mau humor. Essa dificuldade de lidar com o imprevisível e a necessidade de controlar as coisas pode explicar porque pessoas com autismo adotam padrões de comportamentos rígidos, como rituais, ou ter prazer em ficar tempo prolongado olhando um trem de brinquedo fazer o mesmo percurso, ou sentirem-se naturalmente atraídos por computadores. (Baron-Cohen, 2004)

Processamento sensorial: ver *Responsividade sensorio perceptiva atípica*.

Processo autistisante: ideia de que há um primeiro período, mais ou menos reversível, correspondente à fase de instalação dos distúrbios antes da constituição do quadro autista completo. É um conceito desenvolvido por J. Hochmann, na França. Tem uma implicação ética importante, pois a detecção precoce de riscos de organização autista em bebês requer prudência no manejo das informações a fim de mobilizar as famílias, mas sem dramatizar e sem predizer de modo determinante o futuro evolutivo dessas crianças (Golse, 2003, 2005)

Protoconversaço, comportamento de: referem-se a reações sensoriais e tácteis rudimentares que bebês menores de três meses apresentam e que indicam a existência de um diálogo precoce, pré-verbal, entre o bebê e aquele(s) com quem ele convive. (Saboia, 2007)

Protodeclaração, comportamento de: referem-se às primeiras manifestações do bebê que representam sua intenção em comunicar algo a outro, por meio de comportamentos gestuais, como o apontar com o dedo para algo que quer compartilhar. (C. Lampreia, 2007)

Psicopatia autística: termo utilizado por Asperger, que intitulou sua tese de doutorado, em 1944, quando apresentou seu estudo sobre crianças cujos problemas de interação social eram semelhantes às características das crianças apresentadas por

Leo Kanner, em 1943. Asperger também tinha em comum com Kanner o uso do termo “autismo/autístico” para referir-se aos problemas na interação social. Asperger sugeriu que esse quadro ocorresse apenas em meninos e percebeu que a linguagem estava presente, bem como habilidades cognitivas e interesses idiossincráticos não comuns (Scheuer, Andrade, Gorgati, & Dornelas, 2005; Schwartzman, 2003)

Ver também: *psicose, mães frigorífico.*

Psicose: nas primeiras décadas depois da descrição de Leo Kanner de casos de crianças com autismo, a síndrome foi considerada um tipo de psicose, especialmente em função da teoria etiológica das “mães frigorífico”. Até a 3ª. edição do DSM, o transtorno autista estava categorizado entre as psicoses. Atualmente, para alguns psicanalistas, a psicose difere-se do autismo no tempo em que a falha do desenvolvimento da personalidade ocorre: para no autismo, há a falha na função materna, enquanto na psicose infantil, a falha ocorre depois, na formação da função paterna (reconhecimento do *nome do pai*). (Kupfer, 2000)

RDI: A Intervenção para o Desenvolvimento das Relações (Relationship Development Intervention - RDI) tem como um de seus “fundadores” Steven Gutstein (Emmens, 2007). É um modelo de intervenção de perspectiva evolutiva, conduzido pela criança e implementado pelos pais, utilizando princípios de desenvolvimento para ajudar as crianças a formar habilidades sociais, comunicativas e sociais (Mintz, Alessandri, & Curatolo, 2009), abordando os peculiares padrões perceptual, cognitivo e dificuldades emocionais tipicamente encontrados em indivíduos autistas (Gutstein, Burgess, & Montfort, 2007). Ao invés de fornecer instruções de habilidades, o RDI é designado para o engajamento da criança com sua mãe/ seu pai, envolvendo-os em situações interativas, progressivamente (Emmens, 2007; Gutstein, Burgess, & K. Montfort, 2007) e promovendo o empoderamento das famílias (Smith, 2007). Compreende o autismo como um déficit na inteligência dinâmica, pelo prejuízo nos cinco domínios desse processo: 1) pensamento criativo e flexível e solução de problemas, 2) análise dinâmica, 3) memória episódica, 4) partilha de

experiências e 5) autoconsciência. Como uma abordagem funcional, essa metodologia usa as complexas relações entre biologia e experiência para compreender o comportamento e articula as capacidades de desenvolvimento que fornecem o fundamento para o desenvolvimento do pensamento de alta ordem simbólica e relativa (Smith, 2007).

Reações ao perigo: *ver Auto-proteção.*

Reciprocidade social: é um dos critérios diagnósticos para o autismo, caracterizada pela capacidade de oferecer respostas comportamentais que expressem o reconhecimento de alguém sobre as expectativas dos outros nas interações sociais propostas a ela. São comportamentos que exemplificam a reciprocidade social: o sorriso do bebê diante de um estímulo social, que podem evoluir para comportamentos mais complexos, como os jogos sociais de “esconde-esconde”, a percepção da necessidade de ajuda do outro e a empatia. Essa dificuldade pode provocar o comprometimento do desenvolvimento da Teoria da Mente, o que também provoca uma limitação no desenvolvimento da reciprocidade social, pois não perceber o estado mental do outro impede que se antecipem ações e reações que fazem parte da construção da interação social. (Ortiz, Aguiar, & D'Antino, 2004)

Regulação emocional: habilidade de uma pessoa se regular em situações de auto-estimulação emocional, proporcionando a capacidade emocional necessária para aprender a se conhecer. Pessoas com autismo podem apresentar prejuízo significativo nessa habilidade, por conta da dificuldade que têm para interpretar situações externas estranhas ou imprevistas. A metodologia SCERTS tem a regulação emocional como um dos objetivos de intervenção. As intervenções buscam desenvolver no indivíduo a capacidade e habilidade de organizar-se diante de situações estressantes, de muita estimulação ou situações emocionalmente difíceis, por meio da busca autônoma da própria calma, do pedido por assistência ou oferecer resposta a tentativas de outros de oferecer-se a regulação emocional (acalmar-se). (Prizant, Wetherbay, Rubin, Laurent, & Rydell, 2002)

Resistência a mudanças: crianças com autismo, pela dificuldade que têm de adotar comportamentos dedutivos, tendem a ficar confusos diante de muitos estímulos e as situações imprevisíveis que o cotidiano produz. Por causar ansiedade e muitas vezes sofrimento, tendem a buscar ordem rígida de se relacionar com as coisas, com as pessoas e com as situações do dia-a-dia. A resistência a mudança, portanto, não é uma teimosia nem mania, mas uma necessidade. O manejo familiar e das pessoas que convivem com a pessoa autista devem respeitar essa condição, mas ao mesmo tempo proporcionar à pessoa com autismo condições para lidar com situações imprevisíveis e administrar emocional, cognitiva e socialmente as experiências com flexibilidade.

Responsividade sensorio perceptiva atípica: É uma característica frequentemente encontrada nos transtornos autistas, que se refere a respostas atípicas em alguma ou todas as modalidades sensoriais, podendo ser de hiper ou hiporresponsividade sensorial. O que ocorre com a pessoa com autismo é um prejuízo na capacidade de interpretar de forma normal os estímulos sensoriais, provocando-lhes respostas anormais, podendo ir da falta de resposta ou resposta diminuída à resposta exagerada aos estímulos (Idiazábal-Aletxa & Boque-Hermida, 2007; Rapin, 2009). Tais respostas referem-se a estímulos sonoros, visuais, táteis e mesmo olfativos (Assumpção Jr & Adamo, 2007). A partir dessa característica se produzem mitos, como acreditar que não têm dor ou que não gostam de abraço: o que ocorre é um prejuízo na integração e coordenação dos aspectos que envolvem o processamento sensorial, como atenção seletiva, memória de curto prazo e a alocação dos recursos cognitivos.

Rigidez cognitiva: ver *Rigidez mental*.

Rituais: refere-se ao desempenho de comportamentos e atividades de maneira repetitiva e rigidamente idêntica. São exemplos comuns: o modo como as refeições são dispostas ou ingeridas, rotinas para a hora de dormir, jeito de vestir, rotinas de viagem, cuidados pessoais ou a comunicação (perguntar a mesma coisa repetidamente). Os rituais diferem-se das compulsões porque estão associados a atividades da vida

diária, mas se sobrepõem a elas na necessidade de realizá-los, de deixar “tudo certo” e de “obedecer às regras” (Mink & Mandelbaum, 2009). Há quem considere que os rituais têm a função de “proteger” os indivíduos autistas de estimulações novas, uma vez que elas sobrecarregam seus sentidos sensíveis (Faggiani, 2010).

SCERTS, Modelo: SCERTS é definido como um modelo educacional para trabalhar com crianças com autismo e suas famílias. Caracteriza-se por ser uma abordagem multidisciplinar, de estrutura desenvolvimental, que prioriza o aprimoramento da comunicação social, regulação emocional e o suporte transacional como as primeiras dimensões de desenvolvimento que devem ser alvo no programas designados a auxiliar no desenvolvimento de crianças com autismo e suas famílias (Prizant, Wetherby, Rubin, & Laurent, 2003). É uma abordagem que incorpora práticas baseadas em evidências (Wetherby, Rubin, Laurent, Prizant, & Rydell, 2006). Foi desenvolvido por uma equipe de profissionais-colaboradores de práticas centradas nas famílias⁶⁹, a maioria autores dos textos-base desse texto. SCERTS é uma sigla formada a partir das iniciais dos três enfoques da abordagem:

SC = comunicação social: o desenvolvimento da comunicação funcional e espontânea, expressão emocional e relacionamento com crianças e adulto seguro e confiável;

ER = regulação emocional: o desenvolvimento da habilidade de manter um estado emocional bem regulado para enfrentar o estresse do dia-a-dia e para estar mais disponível para aprender e interagir;

TS = suporte transacional: o desenvolvimento e implementação de suportes para ajudar parceiros a responder às necessidades e interesses da criança, modificar e adaptar o ambiente e prover ferramentas para realçar o aprendizado (figuras de comunicação, programas escritos, ferramentas sensoriais). Planos específicos também são desenvolvidos para suprir

⁶⁹ A maioria dos colaboradores, responsáveis pelo desenvolvimento desse modelo de intervenção, são autores dos artigos utilizados como referência para a construção desse tópico da dissertação: Barry Prizant, Amy Wetherby, Emily Rubin e Amy Laurent.

ferramentas educacionais e emocionais para famílias e para criar um time de trabalho em meio aos profissionais. (Prizant, Wetherbay, Rubin, & Laurent, 2007)

Sensação: as sensações constituem fonte básica dos conhecimentos que temos do mundo exterior e dos estados de nosso próprio corpo. Ocorrem por meio dos principais canais de entrada de informações (órgãos dos sentidos: olhos, ouvidos, pele, língua), levando-as ao cérebro para que se possa compreender o meio e o próprio corpo – interpretando tais informações, por meio de um mecanismo psicológico denominado *senso-percepção*. Representam a fonte principal do conhecimento quanto a condição fundamental do desenvolvimento psíquico do indivíduo (Luria, 1991). No espectro autista, pode haver alteração na capacidade de *interpretar* as sensações (intero, extero ou proprioceptivas), provocando hiper ou hiporresponsividade sensorial. Ver ***Responsividade sensorio-perceptiva atípica***.

Senso-percepção: *ver Sensação*.

Son-Rise, Programa: O Programa Son-Rise (SPR – *Son-Rise Program*)⁷⁰ foi desenvolvido pela família Kaufman, na década de 1970, nos EUA. O Programa Son-Rise é dirigido diretamente a crianças com autismo e seus pais, que passam a atuar como facilitadores, treinadores e gerentes de seus programas domiciliares (Houghton, 2008; K. R. Williams & Wishart, 2003). Enfatiza-se a importância de se criar ambientes de aprendizado físico e de aprendizado social otimizados, não priorizando o desenvolvimento de habilidade, mas a construção de canais de conexão da criança com o mundo (Houghton, 2008; Tolesane, 2009). O Programa Son-Rise compreende que a criança com autismo pode estar em um dos três estados de disponibilidade para

⁷⁰ Também conhecido no Reino Unido como Método Option, em razão do Autism Treatment Center of America, do Instituto Option, de Massachusetts/EUA, vir utilizando o Son-Rise com famílias desde 1983. (Houghton, 2008)

interação social: I) isolamento; II) interessado; III) altamente conectado (Tolesane, 2009).

Suposição do sujeito: terminologia de perspectiva psicanalítica, que implica a antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê que ainda não está constituído, nessa perspectiva teórica. Considera-se que os comportamentos de júbilo materno (caracterizados, por exemplo, pelas palavras carregadas de musicalidade prazerosa, chamadas de ‘*mamanhês*’), que farão com que o bebê busque corresponder ao que foi antecipado sobre ele. Comportamentos antes supostos passam a ser efetivos – como é o sorriso que a mãe via no seu bebê, e então a subjetividade infantil pode efetivamente construir-se. É um item avaliado por meio do IRDI. (Kupfer, et al., 2009)

TEACCH: *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*. Reconhecido como uma das metodologias mais eficazes para intervir com pessoas com autismo e transtornos correlatos de comunicação. O TEACCH foi desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte, na década de 1970. Passou a se estabelecer apoiado na idéia de que a educação é o principal caminho de intervenção para estas pessoas, derrubando crenças como, por exemplo, a de que o baixo desempenho das crianças com autismo teria como responsável “seu baixo nível motivacional, incompetência interativa e outras propostas que supunham o que foi posteriormente intitulado de ‘o mito da competência intacta e da atuação inibida’” (Vatavuk, 1997, p. 120). O TEACCH foi construído com base na premissa de que o autismo tem uma condição neurobiológica e pode-se considerar como conceitos chaves: comunicação espontânea, dimensões da comunicação, intervenção individualizada, flexibilidade, foco no ambiente natural e colaboração dos pais. No que se refere ao ponto “intervenção individualizada”, considera-se que cada criança deve ter um planejamento diferenciado, já que as pessoas com autismo têm o desenvolvimento das diferentes áreas de forma discrepante. (LEON, 2002)

Teoria da coerência central: *ver Coerência central.*

Teoria da Mente (ToM): refere-se à habilidade para saber dos estados mentais e compreender que as pessoas tem sentimentos, pensamentos e crenças. O conceito “teoria da mente” representa a capacidade de inferir sobre os estados mentais de outros, ou seja, compreender e prever a conduta de outras pessoas, seus conhecimentos, intenções e crenças (Caixeta & Nitrini, 2002; Colle, Baron-Cohen, & Hill, 2007; Salter, Seigal, Claxton, Lawrence, & Skuse, 2008; Tirapu-Ustároz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao, & Pelegrín-Valero, 2007). Por isso, é considerado o componente cognitivo da empatia (Baron-Cohen, 2004). Autores como Williams & Wright (2008) denominam a teoria da mente como “cegueira mental”, explicando que pessoas com autismo são cegas em relação à mente de outras pessoas, apresentando dificuldades para entender o ponto de vista ou as idéias ou sentimento alheios. Pouco se conhece e se tem descrito sobre a teoria da mente em pessoas com autismo não-verbais. (Colle, et al., 2007)

Terapia da Integração Sensorial: A terapia da integração sensorial é, em geral, realizada por profissionais da área da terapia ocupacional e é voltada para pessoas com disfunções de integração sensorial. *Ver Integração Sensorial.*

Terapia de Troca e Desenvolvimento: A Terapia de Troca e Desenvolvimento (TED – *Thérapie d’Echange et de Développement*) é uma abordagem baseada numa concepção neurodesenvolvimental do autismo, considerando-o um transtorno neurofuncional, como consequência de uma “insuficiência modular cerebral”. Foi desenvolvido no Serviço de Psicoterapia de Crianças do CHU de Tours (França), na década de 1980, com objetivo de promover a reeducação das funções psicofisiológicas em crianças com autismo, baseadas na comunicação. Inicialmente, foi dirigida a crianças acometidas por espectros autísticos mais graves e depois a crianças com outros transtornos severos do desenvolvimento (Barthélémy & Dansart, 2004).

Os princípios que orientam a relação entre o terapeuta e a criança na TED são: 1) serenidade, supondo que o tratamento seja calmo

e acolhedor para a criança, num espaço silencioso e onde todas as fontes de distração e agitação sejam excluídas; 2) disponibilidade, permitindo que o terapeuta e a criança possam mais facilmente se ouvir um ao outro e voltar-se para o exterior, facilitando, assim, por meio de jogos compartilhados, que haja aquisições e associações livres, sensoriais e motoras e 3) reciprocidade, de modo que cada um permita suscitar a sociabilidade para as trocas e as imitações espontâneas de gestos, mímicas e voz (Barthélémy & Dansart, 2004).

Transtorno global do desenvolvimento: termo que passou a ser adoto em substituição a “transtornos invasivos do desenvolvimento”, a partir de 2002, com a revisão do DSM-IV-TR. Engloba os transtornos Autista, de Asperger, de Rett, Desintegrativo da Infância e Transtorno Invasivo Do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE).

Transtorno invasivo do desenvolvimento: É a denominação dada pela CID, equivalente ao TGD, da DSM. Define-se pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometimento que se manifesta anterior ao 3º ano de vida e pelo tipo característico de funcionamento anormal nas três áreas: interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. Esses transtornos são adjetivados como ‘invasivos’ em função do forte impacto dos sintomas no curso do desenvolvimento das pessoas que o apresentam (Leon, 2002). *Ver Transtorno global do desenvolvimento.*

Uso do corpo: *ver Corpo, uso do.*

Utilização de pessoas como ferramenta: pela dificuldade de comunicar-se utilizando dos mecanismos sociais de comunicação, as pessoas com autismo podem adotar comportamentos de uso de pessoas como meio para adquirir o que precisam ou querem, cujas manifestações são, por exemplo, puxá-las induzir o movimento dos braços ou mãos na direção do que pretendem. Uma criança de desenvolvimento típico evolui desse comportamento para expressões como apontar com o dedo para o que quer e

comunicar seus desejos associando o olhar ou expressões faciais e, mais tarde, as palavras como forma simbólica de comunicação.

Referências do glossário teórico-técnico:

- Aldred, C., Green, J., & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(8), 1420-1430.
- Alessandri, M., Mundy, P., & Tuchman, R. F. (2005). Déficit social em el autismo: un enfoque en la atención conjunta. *Revista de Neurología*, 40 (Supl 1), S137-S141.
- Andy Bondy, P. (2001). PECS: Potencial benefits and risks. *The Behavior Analyst Today*, 2(2), 127-132.
- APA. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV*. Porto Alegre: American Psychiatric Association / Artes Médicas.
- Araújo, C. (2007). Teorias afetivas e autismo. In F. A. J. E. Kuczinski. (Ed.), *Autismo Infantil: Novas Tendências e Perspectivas*. São Paulo: Atheneu.
- Assumpção Jr, F. (2008). *Psicopatologia evolutiva* (Vol. 1º). Porto Alegre: ArtMed.
- Assumpção Jr, F., & Adamo, S. (2007). Reconhecimento olfativo nos transtornos invasivos do desenvolvimento. *Arq Neuropsiquiatr*, 65(4), 1200-1205.
- Baron-Cohen, S. (2004). *Diferença essencial: a verdade sobre o cérebro de homens e mulheres*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Barthélémy, C., & Dansart, P. (2004). *A terapia de troca e de desenvolvimento*. Paper presented at the 2º Curso Internacional de Atualização sobre Autismo.
- Begeer, S., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stockmann, L. (2006). Attention to facial emotion expressions in children with autism. *Autism*, 10(1), 37-51.
- Bosa, C. (2001). As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 7.
- Bosa, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 77-88.
- Boulanger, A. (2004). *Autism, new music technologies and cognition*. Massachusetts Institute of Technology, Massachusetts.

- Boulware, G.-L., Schwartz, I. S., Sandall, S. R., & McBride, B. J. (2006). Project DATA for toddlers: an inclusive approach to very young children with autism spectrum disorder. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*(2), 94-105.
- Braga-Kenyon, P., Kenyon, S. E., & Miguel, C. F. (2005). Análise Comportamental Aplicada (ABA): Um modelo para a educação especial. In W. Camargos Jr (Ed.), *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º Milênio* (pp. 148-154). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Caixeta, L., & Nitrini, R. (2002). Teoria da mente: Uma revisão com enfoque na sua incorporação na psicologia médica. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(1), 105-112.
- Campanário, I. S. (2006). Intervenção a tempo em bebês com risco de autismo. *LEPSI IP/FE-USP, Ano 5*.
- Carvalho, G. M. M., Rêgo, F. L. B., & Lima, D. M. (2003). Aquisição de linguagem e a verbalização ecológica do autista. *Psychê, VII*(12), 159-174.
- Casby, M. W. (2003). Development Assessment of Play: a model for early intervention. *Communication Disorders Quarterly, 24*(4), 175-183.
- Checchia, M. N. P. (2009). O autista e a análise aplicada do comportamento: quais as possíveis melhorias na qualidade de vida dos portadores e dos familiares a partir de uma proposta de intervenção? *Anuário da produção de iniciação científica discente, XII*(13), 79-88.
- Cole, M., & Cole, S. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artmed.
- Colle, L., Baron-Cohen, S., & Hill, J. (2007). Do children with autism have a theory of mind? a non-verbal test of autism vs. specific language impairment. *J Autism Dev Disord, 37*, 716-723.
- Correia, O. B. F. (2005a). *A aplicabilidade de um programa de intervenção precoce em crianças com possível risco autístico*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Correia, O. B. F. (2005b). *A aplicabilidade de um programa de intervenção precoce em crianças com possível risco autístico*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev, 3*(2), 71-100.

- Emmens, C. (2007). *The role of relationship in the treatment of autism: perspectives from Relationship Development Intervention and psychotherapy*. Auckland University of Technology, Auckland.
- Faggiani, R. (2010). Tutorial ABA. Retrieved 18 de junho, 2010, from <http://www.psicologiaeciencia.com.br/tutorialaba/>
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Ashwal, S., Baranek, G. T., Cook, E. H., Jr., Dawson, G., et al. (2000). Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*, 55(4), 468-479.
- Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism: a review. *Psychological Medicine*, 29, 769-786.
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Munoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., et al. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 43(7), 425-438.
- Gauderer, E. C. (1985). *Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais*. São Paulo: Sarvier.
- Golse, B. (2003). Autisme infantile: dépistage et prévention. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 381-393.
- Golse, B. (2005). Autismo Infantil: despiste e prevenção. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII(3), 428-442.
- Gonçalves, A., Carvalho, A., Mota, C. P., Lobo, C., Correia, M. C., Monteiro, P. L., et al. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo - Normas orientadoras*.
- Gutstein, S. E., Burgess, A. F., & Montfort, K. (2007). Evaluation of the Relationship Development Interventio Program. *Autism*, 11(5), 397-411.
- Gutstein, S. E., Burgess, A. F., & Montfort, K. (2007). Evaluation of the Relationship Development Intervention Program. *Autism*, 11(5), 397-411.
- Houghton, K. (2008). *Pesquisa empírica de apoio ao programa son-rise*. Sheffield, Massachusetts, EUA: The Autism Treatment Center of America.
- Idiazábal-Aletxa, M. A., & Boque-Hermida, E. (2007). Procesamiento cognitivo en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 44(Supl 2), S49-S51.
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.

- Kennedy, C. H., Meyer, K. A., Knowles, T., & Shukla, S. (2000). Analyzing the multiple functions of stereotypical behavior for students with autism: implications for assessment and treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(4), 559-571.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl I), 3-11.
- Klin, A., Chawarska, K., Rubin, E., & Volkmar, F. (2006). Avaliação clínica de crianças com risco de autismo. *Revista Educação*, XXIX(58), 255-298.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Frea, W. D., & Fredeen, R. M. (2001). Identifying early intervention targets for children with autism in inclusive school settings. *Behav Modif*, 25(5), 745-761.
- Kupfer, M., Jerusalinski, A., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68.
- Kupfer, M. C. M. (2000). Notas sobre o diagnóstico diferencial entre psicose e autismo na infância. *Psicologia USP*, 11(1), 85-105.
- Lambertuci, M. C. F., & Magalhães, L. C. (2005). Terapia Ocupacional nos transtornos invasivos do desenvolvimento. In W. Camargos Jr (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio* (Vol. 2, pp. 227-235). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Lameira, A. P., Gawryszewski, L. G., & Pereira Jr., A. (2006). Neurônios Espelho. *Revista Psicologia USP*, 7(4), 11.
- Lampreia, C. (2004). Os enfoque cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 111-120.
- Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 105-114.
- Laznik-Penot, M. C. (1997). *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Leon, V. (2002). *Estudo das propriedades psicométricas do perfil psicoeducacional PEP-R: elaboração da versão brasileira*. UFRGS, Porto Alegre.
- Leon, V., Siqueira, M., Parente, M. A., & Bosa, C. (2007). A especificidade da compreensão metafórica em crianças com autismo. *Psico*, 38(3), 269-277.

- Luria, A. R. (1991). *Sensações e Percepções: psicologia dos processos cognitivos* (2 ed. Vol. 2). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Marinho, S., Gomes, A., Vieira, D., Antunes, E., & Teixeira, D. (s/d). *Perturbações do espectro do autismo: avaliação das competências comunicativas, sociais e linguísticas*.
- Mello, A. M. R. (2005). *Autismo: guia prático* (4 ed.). São Paulo: AMA: Brasília: CORDE.
- Miguel, C. F., Braga-Kenyon, P., & Kenyon, S. E. (2005). Uma introdução ao Sistema de Comunicação através de Troca de Figuras (PECS). In W. Camargos Jr (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio* (2 ed., Vol. 2, pp. 177-183). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
- Mink, J. W., & Mandelbaum, D. E. (2009). Estereotípias e comportamentos repetitivos: avaliação clínica e base cerebral. In R. Tuchman & I. Rapin (Eds.), *Autismo: abordagem neurobiológica* (pp. 84-94). Porto Alegre: Artmed.
- Mintz, M., Alessandri, M., & Curatolo, P. (2009). Abordagens terapêuticas para os transtornos do espectro autista. In R. Tuchman & I. Rapin (Eds.), *Autismo, abordagem neurobiológica* (pp. 301-327). Porto Alegre: Artmed.
- Molini-Avejonas, D. R. (2008). Refletindo sobre o novo [Comentário sobre o artigo: Solomon R, Necheles J., Ferch C, Bruckman D. Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation Program. *Autism*, 2007; 11(3):205-24.]. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia*, 13(3), 300-301.
- Montenegro, M. N. (2005). Transtorno invasivo do desenvolvimento e atenção compartilhada. *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie*. .
- Moura, P. J., Sato, F., & Mercadante, M. T. (2005). Bases neurobiológicas do autismo: enfoque no domínio da sociabilidade. *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie*.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Meneses, M. T. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*, 50(Supl 3), S77-S84.
- Murray, D. S., Creaghead, P. M.-C., Shear, P., Bean, J., & Prendeville, J.-A. (2008). The relationship between joint attention and language in children with autism spectrum disorders. *Focus Autism other dev disabl*, 23(5), 5-14.

- Nogueira, T. (2007, 11 de junho). Um novo olhar para o autismo. *Revista Época*, 473, 76-85.
- Odom, S. L., & Wolery, M. (2003). A unified theory of practice in early intervention/early childhood special education: evidence-based practices. *The Journal of Special Education*, 37(3), 164-173.
- Oliveira, S. M. (2009). *A clínica do autismo sob uma perspectiva desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ortiz, V. K. B., Aguiar, C. L. d. C., & D'Antino, E. (2004). Carta ao editor: "Revisão histórica e do quadro clínico sobre Síndrome de Asperger". *Rev Bras Psiquiatr*, 26(3), 211-215.
- Peeters, T. (1998). *Autismo: entendimento teórico e intervenção educacional*. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica.
- Prizant, B. M., Wetherby, A., Rubin, E., & Laurent, A. (2007). The SCERTS Model Retrieved 08 abr, 2009, from www.SCERTS.com
- Prizant, B. M., Wetherby, A., Rubin, E., Laurent, A., & Rydell, P. (2002). The SCERTS Model: enhancing communication and socioemotional abilities of children with autism spectrum disorder. *Janison Autism Journal*, Winter, 2-19.
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., & Laurent, A. (2003). The SCERTS Model: a transactional, family-centered approach to enhancing communication and socioemotional abilities of children with autism spectrum disorder. *Infants and Young Children*, 16(4), 296-316.
- Rapin, I. (2009). Responsividade sensorio-perceptiva atípica. In R. Tuchman & I. Rapin (Eds.), *Autismo, abordagem neurobiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Rapin, I., & Tuchman, R. (2009). Onde estamos: visão geral e definições. In R. Tuchman & I. Rapin (Eds.), *Autismo: abordagem neurobiológica* (pp. 17-34). Porto Alegre: Artmed.
- Ritvo, E. A. (1985). Síndrome do Autismo – um modelo médico. In C. Gauderer (Ed.), *Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais*. São Paulo: Sarvier.
- Rutter, M. (1985). Autismo: etiologia, terapia e a família. In E. C. Gauderer (Ed.), *Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais*. São Paulo: Sarvier.
- Saad, A. G. d. F., & Goldfeld, M. (2009). A ecolalia no desenvolvimento da linguagem de pessoas autistas: uma revisão bibliográfica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(3), 255-260.

- Saboia, C. (2007). Autismo e novas perspectivas clínicas. *Estilos da Clínica*, 12(23), 78-89.
- Salim, S. A. (2006). O autismo psicogênico, a personalidade autista e o trauma. *Psicanalítica*, VII(1), 119-138.
- Salter, G., Seigal, A., Claxton, M., Lawrence, K., & Skuse, D. (2008). Can autistic children read the mind of an animated triangle? *Autism*, 12(4), 349-371.
- Sanini, C., Ferreira, G. D., Souza, T. S. d. S., & Bosa, C. (2008). Comportamentos indicativos de apego em crianças com autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 60-65.
- Santos, I. M. S. C., & Souza, P. M. L. (2007). Como Intervir na Perturbação Autista. *O Portal dos Psicólogos*, 43.
- Schertz, H. H., & Odom, S. (2004). Joint attention and early intervention with autism: a conceptual framework and promising approaches. *Journal of Early Intervention*, 27(1), 42-54.
- Scheuer, C., & Andrade, R. V. (2007). Teorias cognitivas e autismo. In F. Assumpção Jr (Ed.), *Autismo infantil: novas tendências e perspectivas* (pp. 81-90). São Paulo: Atheneu.
- Scheuer, C., Andrade, R. V., Gorgati, D., & Dornelas, D. (2005). Neuropsicologia do autismo. In C. B. Mello, Miranda, M. C., Muzkat, M. (Ed.), *Neuropsicologia do desenvolvimento: conceitos e abordagens* (pp. 202-211). São Paulo: Memnon.
- Schwartz, I. S., Sandall, S. R., McBride, B. J., & Boulware, G.-L. (2004). Project DATA (Developmentally Appropriate Treatment for Autism): an inclusive school-based approach to education young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(3), 156-168.
- Schwartzman, J. S. (2003). *Autismo infantil*. São Paulo: Memnon.
- Shea, V. (2004). A perspective on the research literature related to early intensive behavioral intervention (Lovaas) for young children with autism. *Autism*, 8(4), 349-367.
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2005). Intervenção precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In M. A. Dessen & A. L. Costa Júnior (Eds.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 152-167). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, P. C., Eira, C., Pombo, J., Silva, A. P., Silva, L. C., Martins, F., et al. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R. *Análise psicológica*, 1(XXI), 31-39.

- Simiema, J. (2007). Estereotípias motoras e autismo infantil. In F. Assumpção Jr (Ed.), *Autismo infantil: novas tendências e perspectivas* (pp. 43-54). São Paulo: Atheneu.
- Smith, D. (2007). Relationship Development Intervention (RDI) Program Retrieved 25 de março, 2010, from www.rdicconnect.com
- Sukiennik, P. B., & Salle, E. (2005). A comunidade terapêutica no tratamento de crianças e adolescentes portadores de autismo infantil e outros transtornos graves do desenvolvimento. In W. C. Júnior (Ed.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio* (pp. 203-210). Brasília: CORDE.
- Suplino, M. (2005). *Currículo funcional natural: guia prático para a educação na área do autismo e deficiência mental* (Vol. 11). Maceió: Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Suplino, M. (2007). *Retratos e imagens das vivências inclusivas de dois com autismo em classes regulares*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Sussman, F. (2004). *Mais do que palavras (More than words): um guia para ajudar os pais a promoverem a comunicação e as habilidades sociais em crianças com transtornos do espectro do autismo* (5 ed.). Ontario: Haen Centre, Canadá.
- Tamanaha, A. C., Chiari, B. M., Perissinoto, J., & Pedromônico, M. R. M. (2006). A atividade lúdica no autismo infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 18(3), 307-312.
- Tirapu-Ustárruz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44(8), 479-489.
- Tolesane, M. (2009). Programa Son-Rise, *Palestra ministrada em 30 de março de 2009*. Joinville (SC): Associação Catarinense de Ensino.
- Tuchman, R. (2009). Déficit social no autismo. In R. Tuchman & I. Rapin (Eds.), *Autismo: abordagem neurobiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Tuchman, R., & Rapin, I. (2009). *Autismo: abordagem neurobiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Vatavuk, M. D. C. (1997). Método TEACCH. In F. B. Assumpção Jr (Ed.), *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Vigotski, L. S. (2009). *Imaginação e criação na infância* (Z. Prestes, Trans.). São Paulo: Ática.

- Wetherby, A., Rubin, E., Laurent, A. C., Prizant, B. M., & Rydell, P. (2006). Summary of research supporting the SCERTS Model. Retrieved 08 abr, 2009, from www.SCERTS.com
- Whalen, C., Schreibman, L., & Ingersoll, B. (2006). The collateral effects of joint attention training on social initiations, positive affect, imitation, and spontaneous speech for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, [acessado em 20 jul 2008]. Disponível em: <http://springerlink.metapress.com/content/14468387g6321v14/fulltext.html>.
- Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, 7(4), 425-435.
- Williams, C., & Wright, B. (2008). *Convivendo com autismo e síndrome de Asperger*. São Paulo: M.Books do Brasil.
- Williams, K. R., & Wishart, J. G. (2003). The Son-Rise Program intervention for autism: an investigation into family experiences. *J Intellect Disabil Res*, 47(Pt 4-5), 291-299.

**APÊNDICE C - ROTEIRO PARA LEITURA DOS ARTIGOS
SELECIONADOS: Categoria: DESENVOLVIMENTO
PSICOLÓGICO**

1	Identificação da obra
	Referência:
	Localização (onde encontrar: biblioteca, banco de dado eletrônico, ...):
2	Caracterização da obra
	Tema central:
	Objetivo da obra (ver se corresponde ao tema central):
	Artigo empírico () Artigo teórico ()
	Conceitos utilizados (identificar as referências conceituais presentes que apresentem relação com diretrizes clínico-educacionais)
	Paradigma teórico: (bases epistemológicas do artigo – teoria ou abordagem da pesquisa)
	Dimensões do desenvolvimento enfatizadas (áreas ou domínios do desenvolvimento: emocional, comportamental, relacionamento e afeto, comunicativo, cognição, senso-percepção, psicomotricidade)
	Implicações para práticas clínico-educacionais
3	Considerações gerais e contribuições da obra para o estudo
	Registro das reflexões, dos questionamentos e encaminhamentos suscitados pela leitura da obra, bem como na indicação de como podem ser utilizados na elaboração do texto final (utilizar o verso)

**APÊNDICE D - ROTEIRO PARA LEITURA DOS ARTIGOS
SELECIONADOS: Categoria: AVALIAÇÃO**

1	Identificação da obra
	Referência:
	Localização (onde encontrar: biblioteca, banco de dado eletrônico, ...):
2	Caracterização da obra
	Tema central:
	Objetivo da obra (ver se corresponde ao tema central):
	Paradigma teórico (bases teóricas e epistemológicas do instrumento de avaliação):
	Conceitos utilizados (identificar as referências conceituais presentes que apresentem relação com diretrizes clínico-educacionais)
	Instrumentos citados e considerações sobre (formas de acesso ao fenômeno – mensuração, observação, inquérito, quem é que responde; idade da criança contemplada pelo instrumento; informações psicométricas sobre o instrumento)
	Dimensões psicológicas relevantes contempladas pelo instrumento:
3	Contribuições da obra para o estudo
	Registro das reflexões, dos questionamentos e encaminhamentos suscitados pela leitura da obra, bem como na indicação de como podem ser utilizados na elaboração do texto final (utilizar o verso)

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS: Categoria: INTERVENÇÃO

1	Identificação da obra
	Referência:
	Localização (onde encontrar: biblioteca, banco de dado eletrônico, ...):
2	Caracterização da obra
	Tema central:
	Objetivo da obra (ver se corresponde ao tema central):
	Paradigma teórico (bases teóricas e epistemológicas da metodologia de intervenção):
	Conceitos utilizados (identificar as referências conceituais presentes que apresentem relação com diretrizes clínico-educacionais)
	Princípios e caracterização da metodologia de intervenção
	Dimensões do desenvolvimento enfatizadas (áreas ou domínios do desenvolvimento)
	Pesquisa () SIM () NÃO Se sim, sintetizar as idéias centrais.
3	Contribuições da obra para o estudo
	Registro das reflexões, dos questionamentos e encaminhamentos suscitados pela leitura da obra, bem como na indicação de como podem ser utilizados na elaboração do texto final (utilizar o verso da página)

APÊNDICE F - CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Sou psicóloga, atuo na AMA de Joinville e sou aluna do Programa de Mestrado em Psicologia da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Minha pesquisa tem como tema o autismo, e meu objetivo principal é construir diretrizes clínico-educacionais para intervenção precoce (até seis anos de idade). Para a realização dessa pesquisa, coletarei dados em duas fontes: literatura e prática de profissionais e instituições.

Por isso, procuro por pessoas que atuam na área e que disponibilizem a participar da pesquisa. Para minha pesquisa, é muito importante conhecer como os profissionais e instituições vêm resolvendo o problema de intervir com esse público.

A participação envolve responder a um questionário (que leva no máximo 45 minutos) e enviá-lo pelo correio (enviarei o questionário e o termo de autorização para uso dos dados respondidos, dentro dos termos legais para pesquisa envolvendo seres humanos).

O perfil dos participantes que procuro são:

- **profissionais experientes** (no mínimo 2 anos) no trabalho de **intervenção precoce com crianças autistas** (até 6 anos de idade). Devem ter formação em: **psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional ou psicopedagogia**.
- e **dirigentes técnicos de instituições** que trabalham com crianças com autismo (**intervenção precoce** - até seis anos), há pelo menos dois anos.

Peço que os interessados enviem-me um email (anacwolff@gmail.com) com os seguintes dados:

- nome completo
- cidade e estado em que atua
- formação
- há quanto tempo atua com crianças com autismo
- se se encaixa no perfil de profissional ou de dirigente técnico de instituição

Esses dados são para um levantamento inicial. Com o aceite de participação, enviarei o questionário pelo correio.

Agradeço pela atenção.

PS: caso você conheça outros profissionais que possam colaborar com a pesquisa, seria de grande valia me indicarem.

Ana Carolina Wolff Mota
(psicóloga, docente dos cursos de Psicologia e Pedagogia da Associação Catarinense de Ensino e mestranda em Psicologia pela UFSC)
Telefone de contato: (47) 8408-0804

APÊNDICE G - QPP – QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS QUE INTERVÊM COM CRIANÇAS COM AUTISMO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*Questionário para ser respondido por profissional técnico,
especialista no atendimento de crianças autistas*

*Instrumento de coleta de dados de pesquisa de mestrado de Ana Carolina
Wolff Mota*

Prezado participante,

Peço, por gentileza, que responda a todas as questões, **pensando na sua prática com crianças com autismo de até 6 anos.**

Você já atendeu crianças com autismo em idade pré-escolar?

1. Sim 2. Não

1. Identificação do Profissional:

1. Cidade que atua:	2. Estado:	
3. Há quanto tempo você intervém com crianças com autismo?		
<input type="checkbox"/> 1. psicólogo <input type="checkbox"/> 2. terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> 3. fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> 4. pedagogo <input type="checkbox"/> 5. Outra. Qual? _____		
4. Formação:		
5. Em que ano você concluiu a graduação?		
6. Você fez alguma formação específica para intervir com crianças com autismo? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		
<i>Se você respondeu sim, por gentileza, preencha a tabela:</i>		
7. Tipo de formação:	Temas/ assuntos- chave	Você utiliza diretamente os conhecimentos dessa formação na sua atividade profissional com crianças com autismo em idade pré-escolar (até 6 anos)?
Especialização		<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não
Formação (duração de mais de um ano)		<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não
Cursos (duração entre 8h e 40 h)		<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não
Outros. Qual tipo?		<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não

2. Identificação da atividade profissional:

8. Informe o **local do seu trabalho** (onde você intervém com crianças com autismo em idade pré-escolar):

(pode assinalar mais de um item).

- () 1. Consultório particular () 2. Clínica interdisciplinar
() 3. Instituição especializada () 4. Outros. Qual? _____

Informe o **tipo de intervenção** que você realiza com crianças com autismo em idade pré-escolar:

9. **CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO:**

(pode assinalar mais de um item).

- () 1. intervenção individual () 2. intervenção em grupo
() 3. intervenção com família () 4. Outro. Qual? _____

10. **MODALIDADE:**

(pode assinalar mais de um item).

- () 1. Psicoterapia () 2. Intervenção psicoeducacional () 3. Terapia da fala
() 4. Terapia ocupacional () 5. Integração sensorial
() 6. Outros. Qual? _____

11. Quanto tempo, em média, você atende crianças com autismo em idade pré-escolar?

(informe o total de horas semanais a distribuição em número de dias da semana – por exemplo: duas vezes por semana, 1,5h cada; ou 3 dias semanais, 2 horas por dia)

Obs.: caso haja diferenças entre os tempos de permanências das crianças, por gentileza, especifique. Se necessário, utilize o verso.

3. Caracterização teórica-técnica:

12. Há alguma **abordagem teórica** ou predomínio de alguma teoria, que o orienta sua prática de intervenção com crianças com autismo em idade pré-escolar?(pode assinalar mais de um item).

- () 1. Comportamentalismo () 2. Cognitivismo
() 3. Psicanálise () 4. Sistêmica
() 5. Neuropsicologia () 6. *Neurobiofeedback*
() 7. Outros. Qual (is)? _____

13. Você realiza **diagnóstico diferencial** de autismo (detecção de autismo) ?

- () 1. Sim () 2. Não

Se você respondeu **sim**:

Pode, por gentileza, informar quanto a **procedimentos** para realizar o processo de diagnóstico: (**passo a passo** desde a chegada da criança até o fechamento diagnóstico – se necessário, utilize o verso dessa folha)

14. Quais **instrumentos** você utiliza para diagnóstico do autismo?

Ao considerar o momento de **definir os objetivos de intervenção** para crianças com autismo em idade pré-escolar, responda:

15. Você utiliza **instrumentos formais de avaliação**?

() 1. Sim. () 2. Não

16. Se você utiliza, quais são? _____

17. O que você considera que é **essencial para um autista aprender**?

18. Você utiliza algum **protocolo padrão de acompanhamento do processo de intervenção**?

() 1. Sim () 2. Não

19. Se sim, este protocolo:

() 1. É baseado em algum modelo

() 2. Foi construído pela própria equipe

20. O protocolo é dirigido:

() 1. a todas as crianças que você atende (independente do diagnóstico e proposta de intervenção)

() 2. apenas as crianças com diagnóstico de autismo

() 3. a cada criança, sendo adaptado e preenchido conforme a proposta de intervenção.

21. O protocolo é preenchido:

(*pode assinalar mais de um item*).

() por você, profissional

() pela família

22. Por favor, pode informar quais são os **itens** que compõem o seu **protocolo**? (se necessário, utilize o verso dessa folha)

23. Você adota alguma **metodologia de intervenção** como referência para sua prática de intervenção?

() 1. Sim () 2. Não

24. Se sim, por favor, informe qual metodologia:

(*pode assinalar mais de uma*)

() 1. Método TEACCH

() 2. Análise aplicada do comportamento (ABA)

() 3. Sistema de comunicação por troca de figuras (PECS)

() 4. Currículo Funcional Natural () 5. *Floor-time*

() 6. *Son-rise* () Outros. Quais? _____

25. Você costuma recomendar outras intervenções profissionais às crianças com autismo em idade pré-escolar atendidas?

() 1. Sim () 2. Não

26. Se sim, por gentileza, informe quais os tipos de intervenções:

27. Você costuma recomendar às crianças com autismo frequentar **escolas de educação infantil regular**? () 1. Sim () 2. Não

28. Por gentileza, pode informar quais os **critérios adotados para recomendar a educação infantil regular** para crianças com autismo em idade pré-escolar?

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE H - QPI – QUESTIONÁRIO DIRIGIDO ÀS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*Questionário para ser respondido por profissional técnico,
representante de instituição especializada no atendimento de crianças
autistas.*

*Instrumento de coleta de dados de pesquisa de mestrado de Ana Carolina
Wolff Mota*

Prezado participante,

Peço, por gentileza, que responda a todas as questões, pensando na prática dessa instituição com **crianças com autismo de até 6 anos**.

Esta instituição atende crianças com autismo em idade pré-escolar (até 6 anos de idade)?

() 1. Sim () 2. Não

1. Identificação da instituição:

1. Cidade:	2. Estado:				
3. a) Quantas crianças com diagnóstico de autismo essa instituição atende? _____					
b) Quantas crianças com diagnóstico de autismo menores de seis anos essa instituição atende? _____					
4. Por favor, informe quais dos profissionais (exercendo as funções) abaixo relacionados compõem a equipe técnica que trabalha na instituição, diretamente com os educandos :					
	Quan- tida- de	Número de horas semanais de cada profissional	Há um trabalho sistemático desse profissional com a criança (ex.: atendimento individual)?		
			SIM	NÃO	TIPO
1. Psicólogo					
2. Terapeuta ocupacional					
3. Fonoaudiólogo					
4. Psicopedagogo					
5. Fisioterapeuta					
6. Educador / professor					
7. Professor de educação física					
8. Professor de artes					
9. Musicoterapeuta					
10. Outros (quais?)					

5. Há quanto tempo a instituição oferece atendimento especializado a crianças com autismo?

6. A instituição é **afiliada** à Associação Brasileira de Autismo – **ABRA**?

() 1. Sim () 2. Não

2. Identificação das atividades educacionais oferecidas pela instituição:

7. Qual a **proposta geral de intervenção** da **instituição**?

Informe o **tipo de intervenção** que essa instituição realiza com crianças com autismo em idade pré-escolar:

8. **CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO:**

(pode assinalar mais de um item).

- () 1. intervenção individualizada
 () 2. intervenção em grupo, privilegiando atividades individualizadas
 () 3. intervenção em grupo, privilegiando a interação no grupo
 () 4. intervenção com famílias
 () 5. Outro. Qual?

9. **MODALIDADE:**

(pode assinalar mais de um item).

- () 1. Psicoterapia () 2. Intervenção psicopedagógica () 3. Terapia da fala
 () 4. Terapia ocupacional () 5. Integração sensorial () 6. Reabilitação motora
 () 7. Grupo de orientação aos pais () 8. Atividade aquática () 9. Equoterapia
 () 10. Outros. Qual? _____

10. Qual o **tempo médio de permanência da criança** com autismo, em idade pré-escolar, **na instituição**?

(informe total de horas semanais a distribuição em número de dias da semana – por exemplo: duas vezes por semana, 1,5h cada; ou 5 dias semanais, 4 horas por dia)

Obs.: caso haja diferenças de tempos de permanência entre as crianças, por gentileza, especifique. Se necessário, utilize o verso.

11 Os profissionais que intervêm diretamente com as crianças recebem algum **treinamento específico para se habilitar ao trabalho**? () 1. Sim () 2. Não

12. Se sim, por favor, informe qual o **tempo médio de treinamento**:

13. Quais os **conteúdos do treinamento**, em geral?

3. Caracterização teórico-metodológica da proposta psicoeducacional:

14. Há alguma **abordagem teórica** ou predomínio de alguma teoria que orienta a prática de intervenção em crianças com autismo em idade pré-escolar?

() 1. Sim () 2. Não

15. Se sim, por favor, especifique:

() 1. Comportamentalismo () 2. Cognitivismo

() 3. Psicanalítica () 4. Sistêmica

() 5. Neuropsicológica () 6. *Neurobiofeedback*

() 7. Outros. Qual (is)? _____

Ao considerar o momento de **definir os objetivos de intervenção** para crianças com autismo em idade pré-escolar, responda:

16. A equipe técnica da instituição utiliza **instrumentos de avaliação**?

() 1. Sim. () 2. Não

17. Se utiliza, por favor, informe quais

18. O que você considera que é **essencial para um autista aprender**?

19. A instituição utiliza algum **protocolo** padrão de **acompanhamento do processo de intervenção**?

() 1. Sim () 2. Não

20. Se sim, este protocolo:

() 1. É baseado em algum modelo. Qual?

() 2. Foi construído pela própria equipe

21. O protocolo é **dirigido a**:

() 1. todas as crianças atendidas pela instituição

() 2. apenas para as crianças com diagnóstico de autismo

() 3. a cada criança, sendo adaptado e preenchido conforme a proposta de intervenção

22. O protocolo é **preenchido**:

(pode assinalar mais de um item)

1. pela equipe técnica (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicopedagogo)
 2. pelo educador (professor de sala)
 3. por membro da família
 4. Outros. Quem?

23. Por favor, pode informar quais são os **itens que compõem o seu protocolo**? (se necessário, utilize o verso dessa folha):

24. A instituição adota alguma **metodologia de intervenção** como referência para sua prática de intervenção em crianças com autismo de até 6 anos de idade?

1. Sim 2. Não

25. Se sim, por favor, informe **qual metodologia**:

(pode assinalar mais de uma)

1. Método TEACCH
 2. Análise aplicada do comportamento (ABA)
 3. Sistema de comunicação por troca de figuras (PECS)
 4. Currículo Funcional Natural 5. Método *Floor-time*
 6. *Son-Rise*
 7. Outros. Quais? _____

26. As crianças com autismo em idade pré-escolar atendidas nessa instituição frequentam **escolas de educação infantil regular**? 1. Sim 2. Não

27. Por gentileza, pode informar quais os **critérios adotados para recomendar a educação infantil regular** para crianças com autismo em idade pré-escolar? (se necessário, utilize o verso)

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE I - QPPc – QUESTÕES COMPLEMENTARES AO QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*Questionário para ser respondido por profissional técnico,
representante de instituição especializada no atendimento de crianças
autistas.*

*Instrumento de coleta de dados de pesquisa de mestrado de Ana Carolina
Wolff Mota*

Prezado participante,

Peço, por gentileza, que responda às questões complementares, pensando na prática dessa instituição com **crianças com autismo de até 6 anos**.

1. Identificação do Profissional:

Você havia informado sobre sua formação e cursos realizados. Peço, agora, que responda:

7 b. Você sente falta de algum tipo específico de conhecimento para desenvolver seu trabalho com crianças com autismo em idade pré-escolar? () 1. Sim () 2. Não.

Se sim, por gentileza, pode informar quais seriam?

7c. Na sua área de formação, que conhecimentos considera essenciais ao profissional que busca se especializar na intervenção precoce em crianças com autismo?

2. Identificação da atividade profissional:

Você informou qual o tempo médio que crianças com autismo em idade pré-escolar recebem seu atendimento. Agora, por favor, responda:

11 b) No seu entendimento, qual seria o tempo “ideal” de intervenção especializada uma criança com autismo em idade pré-escolar deveria receber?

10 c) Em horas semanais, qual a proporção de tempo “ideal” das intervenções abaixo, no seu entendimento, que deve ser oportunizado à criança autista em idade pré-escolar?

educação infantil regular X atendimento especializado:
--

3. Caracterização teórica-técnica:

17 b) Você considera que **os pais** de crianças com autismo em **idade pré-escolar** devam ter acesso a **conhecimentos específicos sobre o autismo**? () 1. Sim () 2. Não

17 c) Se você respondeu “sim”, por favor, informe **que tipos de conhecimentos** você considera importante que esses pais tenham:

17d) Como você considera que **o profissional pode contribuir** para que os pais tenham acesso a esses conhecimentos?

Você informou qual (is) metodologia(s) utiliza na sua prática profissional com crianças com autismo em idade pré-escolar. Agora, por gentileza, responda:

24 b) Na sua compreensão, quais os benefícios da metodologia que optou trabalhar?

Mais uma vez, obrigada pela sua participação!

APÊNDICE J - QP1c – QUESTÕES COMPLEMENTARES AO QUESTIONÁRIO DIRIGIDO ÀS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*Questionário para ser respondido por profissional técnico,
representante de instituição especializada no atendimento de crianças
autistas.*

*Instrumento de coleta de dados de pesquisa de mestrado de Ana Carolina
Wolff Mota*

Prezado participante,

Peço, por gentileza, que responda às questões complementares, pensando na prática dessa instituição com **crianças com autismo de até 6 anos**.

1. Identificação da instituição:

5b) A instituição sente falta de algum tipo específico de conhecimento e / ou serviço para desenvolver seu trabalho com crianças com autismo em idade pré-escolar? () 1. Sim () 2. Não.

Se sim, por gentileza, podem informar quais seriam? _____

5c. Que conhecimentos vocês consideram essenciais aos profissionais que buscam se especializar na intervenção precoce em crianças com autismo?

2. Identificação das atividades educacionais oferecidas pela instituição:

Você respondeu sobre quanto tempo a criança é atendida. Peço, agora, que informe:

10 b) Na visão da instituição, qual seria o tempo “ideal” de intervenção que uma criança com autismo em idade pré-escolar deveria receber nessa instituição (determine em horas/ dia e dias/semana)? _____

10c) Por quê?

10 d) Em horas semanais, qual a **proporção de tempo “ideal”**, na visão da instituição, a que a **criança autista em idade pré-escolar** deve ser oportunizada?

atendimento individual X atendimento coletivo:

educação infantil regular X atendimento especializado:

10 e) Na visão da instituição, há algum tipo de **intervenção que deveria ser oferecido** para crianças com autismo, mas **que não tem sido possível oferecer** pela instituição? () Sim () Não
Se _____ sim, _____ qual(is)?

Você informou sobre se os profissionais que trabalham na instituição recebem treinamento. Agora, preciso que você me informe:

** 12 b) Se **não recebe treinamento**, acha que é necessário receber? () 1. Sim () 2. Não

12 c) Se acha que é necessário receber, quais conhecimentos específicos acredita que os profissionais que atendem crianças com autismo em idade pré-escolar deveriam receber?

3. Caracterização teórico-metodológica da proposta psicoeducacional:

18 b) Você considera que **os pais** de crianças com autismo em **idade pré-escolar** devam ter acesso a **conhecimentos específicos sobre o autismo**? () 1. Sim () 2. Não

18 c) Se você respondeu “sim”, por favor, informe **que tipos de conhecimentos** você considera importante que _____ esses _____ pais _____ tenham:

18 d) Como você considera que **o profissional pode contribuir** para que os pais tenham acesso a esses conhecimentos? _____

18 e) Vocês têm algum trabalho sistemático realizado com os pais das crianças que frequentam a instituição? () 1. Sim () 2. Não

18 f) Se você respondeu “sim”, por gentileza, **podes informar quais / como?**

Você informou sobre a(s) metodologia(s) que utilizam na instituição. Por gentileza, responda:

25 b) Na sua compreensão, quais os benefícios de trabalhar com essa(s) metodologia(s)?

Mais uma vez, obrigada pela sua participação!

APÊNDICE L - CARTA ANEXA AOS QUESTIONÁRIOS ENVIADOS PELO CORREIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Pesquisa de mestrado de Ana Carolina Wolff Mota

Para que eu possa aproveitar da melhor forma possível as respostas do questionário, por favor, peço que:

1. **Responda a todas as questões**, informando quando não for possível (por inexistência do dado ou inaplicabilidade do item à sua condição);
2. **Assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**; Florianópolis/SC, maio de 2009.

Prezado participante,

Agradeço sua disponibilidade para participar dessa pesquisa.

3. **No envelope** preenchido e selado, **coloque o questionário e o TCLE** e feche o envelope destacando a fita adesiva dupla-face;
4. **Envie o material até 15 de agosto de 2009**. Esse prazo me ajudará a manter o prazo previsto para análise dos dados da pesquisa.

Me coloco à disposição para eventuais dúvidas.

Ana Carolina Wolff Mota

Programa de Pós-Graduação – UFSC

Fone para contato: (47) 8408-0804

E-mail: anacwolff@gmail.com

APÊNDICE M - TCLE – PROFISSIONAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissional)

Prezado participante,

Eu, Ana Carolina Wolff Mota, sou aluna de mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estou realizando uma pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz, cujo título é “Diretrizes Clínico-Educacional para Intervenção no Desenvolvimento Psicológico de Crianças com Transtorno Autista”⁷¹. O objetivo do estudo é construir diretrizes clínico-educacionais orientadoras de processos de intervenção profissional em crianças com transtorno autista em idade pré-escolar.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar desse estudo. Sua participação envolve responder a um questionário, na qualidade de **profissional** que intervém no desenvolvimento de crianças com autismo, devolvendo-o através do serviço de postagem dos Correios, pelo envelope que se encontra em anexo. Ressaltamos que a sua participação neste estudo é voluntária. Se você decidir não participar ou quiser desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Os resultados deste estudo poderão eventualmente ser publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, solicitamos que **assine o documento em duas vias, devolvendo uma delas** ao pesquisador, **juntamente com o questionário preenchido**, e ficando com a outra via em seu poder.

Se você desejar qualquer informação adicional ou esclarecimento em relação à pesquisa, fique a vontade para nos contatar através dos telefones: (48) 3721-9904, no Laboratório Fator Humano da UFSC, ou (47) 8408-0804, diretamente com a pesquisadora responsável.

Agradecemos sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribuirá para a construção de conhecimento na área do Autismo.

⁷¹ Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos – UFSC. Processo: 366/08; FR 232431

Atenciosamente,

Roberto Moraes Cruz
Pesquisador Responsável (Orientador)

Ana Carolina Wolff Mota
Pesquisadora Principal (Mestranda)

Eu, _____, abaixo assinado, declaro, por meio deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa “Diretrizes Clínico-Educacional para Intervenção no Desenvolvimento Psicológico de Crianças com Transtorno Autista”. Declaro ainda que estou ciente dos objetivos da mesma, consentindo em responder a um questionário e que os dados desse seja utilizados na pesquisa, bem como de que estou ciente sobre meus direitos de anonimato e de desistir da pesquisa a qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 2009.

Assinatura

APÊNDICE N - TCLE – INSTITUIÇÕES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Representante técnico de instituição)

Prezado participante,

Eu, Ana Carolina Wolff Mota, sou aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estou realizando uma pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz, cujo título é “Diretrizes Clínico-Educacional para Intervenção no Desenvolvimento Psicológico de Crianças com Transtorno Autista”⁷². O objetivo do estudo é construir diretrizes clínico-educacionais orientadoras de processos de intervenção profissional em crianças com transtorno autista em idade pré-escolar.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar desse estudo. Sua participação envolve responder a um questionário, na qualidade de **representante técnico de instituição** que atende crianças com autismo, devolvendo-o através do serviço de postagem dos Correios, pelo envelope que se encontra em anexo. Ressaltamos que a sua participação neste estudo é voluntária. Se você decidir não participar ou quiser desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Os resultados deste estudo poderão eventualmente ser publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, solicitamos que **assine o documento em duas vias, devolvendo uma delas** ao pesquisador, **juntamente com o questionário preenchido**, e ficando com a outra via em seu poder.

Se você desejar qualquer informação adicional ou esclarecimento em relação à pesquisa, fique a vontade para nos contatar através dos telefones: (48) 3721-9904, no Laboratório Fator Humano da UFSC, ou (47) 8408-0804, diretamente com a pesquisadora responsável.

Agradecemos sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribuirá para a construção de conhecimento na área do Autismo.

⁷² Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos – UFSC. Processo: 366/08; FR 232431

Atenciosamente,

Ana Carolina Wolff Mota
Pesquisadora Principal (Mestranda)

Roberto Moraes Cruz
Pesquisador Responsável (Orientador)

Eu, _____, dirigente técnico da Associação de Amigos do Autista, abaixo assinado, declaro, por meio deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa “Diretrizes Clínico-Educacional para Intervenção no Desenvolvimento Psicológico de Crianças com Transtorno Autista”. Declaro ainda que estou ciente dos objetivos da mesma, consentindo em responder a um questionário e que os dados desse seja utilizados na pesquisa, bem como de que estou ciente sobre meus direitos de anonimato e de desistir da pesquisa a qualquer momento,.

_____, ____ de _____ de 2009.

Assinatura

**APÊNDICE O - CARTA AOS PARTICIPANTES QUE NÃO
RETORNARAM O QUESTIONÁRIO NO PRIMEIRO PRAZO
SOLICITADO**

Prezados participantes da minha pesquisa!

Estou finalizando minha pesquisa e creio que alguns de vocês não tiveram condições para enviar-me suas **respostas da parte complementar do meu questionário**, enviadas em 2009. Ainda conseguirei trabalhar com os dados de vocês, caso puderem enviar-me as respostas **até dia 15/01/09**.

Envio em anexo o formulário para que possam preencher e enviar por email as respostas dessa parte complementar (como disse, já haviam assinado o termo de consentimento na vez anterior, então não é necessário novamente assinar, por isso dessa vez a resposta pode ser enviada por email).

Agradeço a disponibilidade de tempo dispensados e, principalmente, a dedicação em compartilhar suas experiências comigo e contribuir para o desenvolvimento da ciência.

Qualquer dúvida, fico à disposição

Um feliz 2010 para vocês!

Ana Carolina Wolff Mota
Psicóloga, mestranda da UFSC

**APÊNDICE P - CARTA ENVIADA AOS PARTICIPANTES NA
SEGUNDA ETAPA DA COLETA DE DADOS (PARA
RESPONDER ÀS QUESTÕES COMPLEMENTARES)**

Prezados profissionais e instituições participantes de minha pesquisa!

É com muito prazer que tenho me dedicado a ler suas respostas e aproveitado as informações valiosas para a produção de diretrizes de tratamento para crianças com autismo em idade pré-escolar.

Ao longo dessa organização dos dados, senti a necessidade de complementação das informações. Por isso, gostaria de pedir-lhes mais um pouco do seu tempo e de sua atenção, de modo que possam me fornecer outros dados.

Esses dados adicionais, de grande importância para mim, podem ser enviados por *e-mail*, pois o termo de consentimento já foi assinado e uma via está comigo. Se você estiver de acordo, por gentileza, responda a esse *e-mail* e lhe enviarei as questões adicionais.

Agradeço sua colaboração!

Ana Carolina Wolff Mota
Psicóloga, mestranda da UFSC

APÊNDICE Q – CARTA DE AGRADECIMENTO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Prezado participante,

Finda a etapa de coleta de dados, quero expressar meu agradecimento pela sua participação. Os dados fornecidos foram muito importantes para a realização da pesquisa, conseqüentemente, para a produção de conhecimento na área de autismo.

Assim que a dissertação for concluída, aprovada e revisada, proponho-me a disponibilizar um *briefing* desta on-line. Espero que os resultados produzidos possam lhe ser útil e que, assim, eu possa retribuir pela sua valiosa contribuição.

Ana Carolina Wolff Mota

Psicóloga, mestranda da UFSC

APÊNDICE R – MODELO DE FICHAMENTO DE TEXTO

Hebling, S. R. F., Pereira, A. C., Hebling, E. H., & Meneghim, M. (2007). Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4), 1067-1078.

Fichamento de texto:

“Protocolo pode ser definido como conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam os atos públicos. A aplicação de protocolos de trabalho para o serviço público deve facilitar o gerenciamento das ações e respeitar os princípios de universalidade e equidade propostos pelo SUS.” (p. 1068)

Itens considerados no desenvolvimento do protocolo: “programa ortodôntico interceptor”, “determinação de prioridades de atendimento”, “determinação de idade para atendimento”, “determinação de prioridades de tratamento”, “determinação da documentação ortodôntica”, “capacitação profissional”, “gestão operacional”. *Consideração:* não usam verbos, mas pontuam aspectos que devem ser privilegiados. No texto, há menção a algumas questões que não são consensuais entre os profissionais, na administração de técnicas de ortodontia, por exemplo, mas que isso fica sob uma categoria maior de consideração sobre a qualidade de serviço oferecido. Lembrar disso ao desenvolver princípios orientadores nas diretrizes, pois há abordagens teóricas que diferencial substancialmente no estabelecimento de objetivos para o desenvolvimento da criança autista, mas que deve haver um objetivo maior comum a elas.

**APÊNDICE S - INTERVENÇÕES CLÍNICO-EDUCACIONAIS
PARA O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISMO**

**PROGRAMAS DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS:
Têm como proposta central ensinar novos comportamentos e habilidades, usando técnicas especializadas e estruturadas**

Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
Programa Lovaas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção estruturada, 2. Intervenção intensiva, 3. Alto nível de compromisso da criança, 4. Aprendizagem por repetição. 	Teoria da aprendizagem de Skinner, Psicologia Comportamental	Melhora habilidades como atenção, obediência, imitação ou discriminação (Mulas, et al., 2010)	<p>Problemas na generalização das condutas aprendidas para o uso espontâneo em ambiente natural, por meio da memorização (Williams & Wright, 2008), Resultados se baseiam fundamentalmente na melhora do quociente de inteligência e o meio de aprendizagem é altamente estruturado e não representativo de interações naturais entre adultos e crianças. (Mulas, et al., 2010)</p> <p>Elevado custo financeiro. É um tratamento que não incorpora o conhecimento atual sobre as alterações cognitivas e emocionais dos transtornos autistas e pode criar uma esperança de cura nas famílias que não corresponde à realidade e gerar um significativo estresse familiar, além de ser incompatível a integração com tratamentos de centros educativos. (Fuentes-Biggi, et al., 2006)</p>	Linguagem, aspectos Habilidades cognitivas, comportamento social (Bosa, 2006) Imitação

PROGRAMAS DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS: <i>Têm como proposta central ensinar novos comportamentos e habilidades, usando técnicas especializadas e estruturadas</i>					
Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
Programa Lovaas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção estruturada; 2. Intervenção intensiva; 3. Alto nível de compromisso da criança; 4. Aprendizagem por imitação. 	Teoria da aprendizagem de Skinner; Psicologia Comportamental	Melhora habilidades como atenção, obediência, imitação ou discriminação. (Mulas, et al., 2010)	Problemas na generalização das condutas aprendidas para o uso espontâneo em ambiente natural, por meio da memorização (Williams & Wright, 2008), Resultados se baseiam fundamentalmente na melhora do quociente de inteligência e o meio de aprendizagem é altamente estruturado e não representativo de interações naturais entre adultos e crianças. (Mulas, et al., 2010) Elevado custo financeiro. É um tratamento que não incorpora o conhecimento atual sobre as alterações cognitivas e emocionais dos transtornos autistas e pode criar uma esperança de cura nas famílias que não corresponde à realidade e gerar um significativo estresse familiar, além de ser incompatível a integração com tratamentos de centros educativos. (Fuentes-Biggi, et al., 2006)	Linguagem, aspectos Habilidades cognitivas, comportamento social (Bosa, 2006) Imitação
ABA (Applied Behavior Analysis)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensino de habilidades em unidades mínimas de aprendizagem 2. Uso de reforçamento positivo 	Teoria da aprendizagem de Skinner; Psicologia Comportamental	Aprendizagem estruturada. Ajuda as crianças a aprender novas habilidades, manter	Ensino de habilidades com visão linear de desenvolvimento. Outras abordagens apontam que a ABA apresenta como limite priorizar o condicionamento e	Adaptação social; brincadeira; imitação; reforço; aprendizagem estruturada

	<p>3. Compreensão funcional dos comportamentos (compreender em função do que ocorrem)</p> <p>4. Maximizar habilidades e minimizar problemas de comportamentos</p>		<p>condutas aprendidas, generalizar ou transferir condutas a outras situações, restringir ou diminuir as condições em que ocorrem condutas indesejáveis ou inadaptativas e reduzir comportamentos inadequados.</p>	<p>bloquear/impedir manifestações de interação social espontânea e de comportamentos repetitivos (Houghton, 2008). Elevado custo financeiro. (Mello, 2005)</p> <p>Para ativistas do movimento anti-cura, ABA reprime a forma de expressão natural dos autistas (Ortega, 2008).</p>	
--	---	--	--	--	--

PROGRAMAS DE INTERVENÇÕES EVOLUTIVAS/DESENVOLVIMENTISTA:
ajudam a criança a desenvolver relações positivas com outras pessoas.
São intervenções que enfocam o ensino de técnicas sociais e de comunicação em ambientes estruturados.

Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
<p>FLOOR-TIME <i>Modelo de desenvolvimento baseado no relacionamento e na diferença individual</i> Objetivo: tornar a criança mais alerta, ter mais iniciativa, tornar-se mais flexível, tolerar frustração, planejar e executar seqüências, se comunicar usando o seu corpo, gestos,</p>	<p>1. seguir a atividade da criança</p> <p>2. entrar na atividade da criança e apoiar as suas intenções, considerando as diferenças individuais e estágios do desenvolvimento emocional da criança</p> <p>3. levar a criança a envolver-se e a interagir conosco, por meio de nossa própria expressão afetiva e das nossas ações;</p> <p>4. abrir e fechar ciclos de comunicação (comunicação recíproca), utilizando estratégias como “jogos</p>	<p>Abordagem relacional (Tolesane, 2009); Desenvolvimentista (Mintz, et al., 2009) Abordagem funcional (Wieder & Greenspan, 2003)</p>	<p>Ensino de comunicação declarativa, não apenas instrumental. (Emmens, 2007)</p> <p>Pais que se dispõem ao trabalho já entram no programa com a compreensão de que há uma perda na conexão com o filho e isso pode os tornar mais ativamente comprometidos com o processo. (Emmens, 2007)</p>	<p>Aspecto econômico e a necessidade de cooperação familiar intensa. (Fernandes & Molini-Avejonas, 2010)</p>	<p>Níveis funcionais de desenvolvimento emocional; Regulação; Atenção compartilhada; Engajamento; Resolução de problemas no mundo das ideias e do pensamento abstrato; Comunicação corporal, gestual e verbalização.</p>

<p>linguagem de sinais e verbalização. (Wieder & Greenspan, 2003)</p>	<p>obstrutivos”;</p> <p>5. alargar a gama de experiências interativas da criança através do jogo</p> <p>6. alargar a gama de competências motoras e de processamento sensorial;</p> <p>7. adaptar as intervenções às diferenças individuais de processamento auditivo e visuo-espacial, planeamento motor e modulação sensorial;</p> <p>8. tentar mobilizar simultaneamente os seis níveis funcionais de desenvolvimento emocional (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de seqüências de ideias e pensamento lógico emocional)</p>				
<p>RDI Relationship development Intervention (Intervenção para o Desenvolvimento das Relações)</p>	<p>1. Sistema de feedback emocional</p> <p>2. Aprender na co-regulação</p> <p>3. Participar de sistemas dinâmicos</p> <p>4. Desenvolver a comunicação declarativa</p> <p>5. Construção de</p>		<p>Ênfase no desenvolvimento das competências sociais.</p>	<p>Não há evidências científicas de sua eficácia.</p>	<p>Competências sociais</p>

	ambientes de aprendizagem ideal. (Emmens, 2007)				
Son-Rise	<p>1. Abordagem centrada na criança torna a interação social motivadora</p> <p>2. Uma atitude positiva facilita uma conexão social mais profunda</p> <p>3. Juntar-se a comportamentos repetitivos e de isolamento promove a interação social</p> <p>4. Um ambiente livre de distrações é um ambiente otimizado para aprender</p>	Relacional (Tolesane, 2009) Sustentação teórica nas pesquisas da neurociência. (Houghton, 2008)	Proposta de interação centrada na criança, suas manifestações e necessidades.	Poucas pesquisas empíricas sobre a eficácia da abordagem. (Fuentes-Biggi, et al., 2006; James D., et al., 2002). Possibilita que comportamentos disfuncionais (como estereotípias ou rituais) sejam mantidos ou mesmo intensificados por meio de respostas reforçadoras. (James D., et al., 2002)	Engajamento; conexão afetiva; interação social;

PROGRAMAS DE INTERVENÇÕES COMBINADAS

Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
TEACCH	<p>1. Ensino Estruturado; 2. Uso de estratégias visuais para orientar a criança e para a aprendizagem da linguagem e da imitação;</p> <p>3. Aprendizagem de habilidades preacadêmicas; 4. Manejo do Comportamento; 5. Aprendizagem de um sistema de comunicação baseado em gestos, imagens, signos ou</p>	Comportamentalismo e cognitivismo (M. C. Vatauvuk, 1997)	<p>Funciona com base na compreensão da "cultura do autismo": na forma que essas pessoas pensam, aprendem e experimentam o mundo, enfatizando, assim, recursos visuais e estruturados para fazê-los interagir com as pessoas e ambiente. (Mulas, et al., 2010)</p> <p>É um programa generalista, que permite</p>	<p>Restringe-se a adaptar-se a dificuldades mais estáveis na pessoa com autismo e não intensificar interações que poderiam promover o desenvolvimento de recursos psicológicos compensatórios para suprir as limitações próprias do transtorno. (Bosa, 2006; Orrú, 2008)</p>	<p>Ensino estruturado, previsibilidade, referências visuais,</p> <p>Comunicação, aprendizagem, redução de comportamento inadequados (Bosa, 2006)</p>

	palavras impressas; 6. Habilidades Sociais e de Lazer; 7. Treinamento Pré-Vocacional e de Independência; 8. Envolvimento dos Pais como coterapeutas. (Mulas, et al., 2010)		que profissionais de diferentes especialidades possam se beneficiar para melhor se relacionar e orientar seus programas terapêuticos com crianças com transtorno autista. (Vatavuk, 1997)		
CFN <i>(Currículo Funcional Natural)</i>	1) a pessoa como centro; 2) concentração nas habilidades; 3) todos podem aprender e o ato de aprender deve ser reforçador em si mesmo; 4) participação da família no processo de aprendizagem.	Não há um posicionamento explícito, mas infere-se que uma das bases epistemológicas seja o Comportamentalismo, em função dos conceitos utilizados. (Suplino, 2005)	Privilegia o ensino de habilidades funcionais para a pessoa, com aplicabilidade imediata do que aprendeu. Para tanto, o ensino ocorre, preferencialmente, em situações e com materiais naturais, ou seja, evitam-se estratégias artificiais de ensino-aprendizagem.		Comportamentos e habilidades funcionais
SCERTS <i>Social communication, emocional regulation and Transaccional support</i>	1. Desenvolvimento da comunicação social 2. Desenvolvimento da regulação emocional 3. Oferecer suporte transaccional.	Práticas baseadas em evidências de pesquisa. Neurodesenvolvimentista Abordagem relacional	Possibilidade de utilizar diversas técnicas associadas		Comunicação social, regulação emocional, suporte transaccional
Terapia de troca e desenvolvimento <i>(Thérapie d'Echange et de Développement)</i> Objetivo: promover a	1. Serenidade 2. Disponibilidade 3. Reciprocidade	Neurodesenvolvimentista		Por ser pouco difundida no Brasil, não houve referências a limitações da técnica em materiais locais. A literatura internacional consultada sobre o tema descreve-a e aponta seus benefícios.	Auto-regulação; neurodesenvolvimento

reeducação das funções psicofisiológicas baseadas na comunicação.					
INTERVENÇÕES PSICODINÂMICAS					
Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
Psicanálise / Tratamento analítico / Hipnose como modelo clínico	<p>A estrutura teórica da psicanálise é referenciada como base para a compreensão do autismo e, por conseguinte, dos modos de fazer “advir um sujeito”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O autismo é um “não-lugar”. 2. O autismo é uma suspensão da vida mental (Ávila, 1997) 3. O psicanalista deve ficar em “estado zero”, suspendendo seu estado mental, permitindo que a criança acenda a uma ativação. (Ávila, 1997) <p>Não há evidência de princípios metodológicos para a intervenção.</p>	Psicanálise	<p>Propõe atuação preventiva, atuando com a mãe e o bebê para que o vínculo entre ambos não seja impedido, evitando, assim, que o risco de desenvolvimento de um bebê autista se acentue. (Kupfer, Jerusalinski, Bernardino, Wanderley, Rocha, Sales, et al., 2009; Laznik-Penot, 1994; Saboia, 2007)</p>	<p>Recebe críticas por conta das fortes tendências de abordar o autismo como um transtorno psicogênico (Tafuri, 2005). Pode ser bastante prejudicial por focar demasiadamente os pais (principalmente a mãe), levando-os a um profundo sentimento de culpa. Intervenções de natureza altamente não-estruturadas, incluindo concessão de ampla liberdade ao indivíduo para exercer uma atividade preferencial, com falta de foco nas contingências entre os comportamentos e suas consequências, levando a um agravamento dos problemas. (James D., et al., 2002)</p>	<p>Personalidade, vínculo, linguagem, significante, estruturação psíquica do eu, (Borges, 2006),</p>

PROGRAMAS DE INTERVENÇÕES BASEADAS EM TERAPIAS:

Centradas no trabalho de dificuldades específicas, geralmente enfocando o desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação/linguagem ou no desenvolvimento sensório-motor

CENTRADAS NA COMUNICAÇÃO					
Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
<p>PECS (<i>Picture Exchange Communication System – Sistema de Comunicação por Troca de Figuras</i>) Objetivo: ensinar o indivíduo a se comunicar por meio de troca de figuras.</p>	<p>1. Comportamentos disruptivos em pessoas com autismo pode ser motivados por cadeias de aprendizagem em razão da frustração de não serem compreendidos.</p> <p>2. As formas de comunicação eficazes precisam ser reforçadas</p> <p>3. Recompensas tangíveis, para crianças com autismo, são mais reforçadoras que recompensas sociais</p>	<p>Psicologia comportamental de Skinner – construto “comportamento verbal”. (Andy Bondy, 2001)</p>	<p>Oferece um meio de comunicação expressiva para a pessoa com autismo, com uso de materiais simples e de baixo custo. (Miguel, Braga-Kenyon, & Kenyon, 2005b)</p> <p>Oferece a possibilidade de a criança melhorar o fluxo da linguagem, deixando de usar apenas palavras isoladas para construir frases. (C. Williams & Wright, 2008)</p> <p>Melhora comportamentos de crianças com autismo, que tendem a apresentar comportamentos disruptivos especialmente por não serem compreendidos. (Fuentes-Biggi, et al., 2006)</p>	<p>- Dependência de materiais (figuras e prancha de comunicação) e dificuldade para estabelecer níveis mais elaborados de comunicação (Miguel, et al., 2005a)</p> <p>- Potencial dificuldade na precisão do seu uso quando comparada a outras formas de comunicação, como linguagem de sinais. (Miguel, et al., 2005a)</p> <p>- Há preocupações de que o PECS possa restringir, por acomodação, o ensino da linguagem oral. Mas não há nenhum indício de que isso ocorra; ao contrário: por haver uma comunicação alternativa, crianças podem se sentir encorajadas a usar a fala e, quando já falam, podem evoluir para organização do pensamento por meio das referenciais visuais. (Bosa, 2006)</p>	<p>Comunicação; reforço, comportamento verbal, motivação.</p>
INTERVENÇÕES SENSORIOMOTORAS					
Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
<p>Terapia de Integração sensorial</p>	<p>1. Desafio na medida certa: a criança deve ser capaz de cumprir com</p>	<p>Pesquisas nas áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional,</p>	<p>Promove o desenvolvimento de maior tolerância a estímulos</p>	<p>Há críticas afirmando que a “defesa tátil” do autista não é em função da não integração dos</p>	<p>Integração sensorial; resposta adaptativa</p>

<p>Objetivo: auxiliar as crianças com autismo na aprendizagem do uso de movimentos adequados a partir da coordenação dos diferentes sentidos.</p>	<p>êxito os desafios que são apresentados através de atividades lúdicas; 2. Resposta adaptativa: a criança deve adaptar seu comportamento com as estratégias novas e úteis, como resposta aos desafios apresentados; 3. Motivação: a criança vai querer participar, pois as atividades são divertidas; 4. Terapia direcionada pela criança: as preferências da criança são referências para iniciar experiências terapêuticas dentro da sessão. (A. Goldstein, 2006)</p>	<p>Neurociências e Educação. (A. Goldstein, 2006)</p>	<p>sensoriais, bem como melhor responsividade diante da interação com objetos familiares ou desconhecidos.</p>	<p>estímulos sensoriais, como argumenta essa teoria, mas devida à falta de compreensão sobre o significado social do toque e por problemas com experiências sensoriais incomuns e preocupações. (C. Williams & Wright, 2008) Falta de evidências sobre sua eficácia, mas não há nada que ressalte prejuízos. Aconselha-se que seu uso seja experimental, sem substituir pelos demais meios de tratamento. (Fuentes-Biggi, et al., 2006)</p>	
<p>Terapias assistidas com animais Objetivo: pode estar voltada para desenvolvimento de processos sensoriais, processos afetivos ou sociais.</p>	<p>Diversos, dependendo do tipo de terapia. Há relato de terapias com golfinhos (C. Williams & Wright, 2008), cavalos e cachorros (Fuentes-Biggi, et al., 2006)</p>	<p>Relativo ao tipo específico de terapia. Pode ser relacional, neurociência, psicomotricidade.</p>	<p>A criança é que domina a interação social espontaneamente.</p>	<p>As pessoas são os melhores agentes terapêuticos para as pessoas com autismo. (Fuentes-Biggi, et al., 2006)</p>	<p>Vínculo, interação social, aprendizagem,</p>
<i>CENTRADAS NA TEORIA DA MENTE</i>					
<p>Metodologia</p>	<p>Princípios</p>	<p>Referenciais</p>	<p>Benefícios</p>	<p>Limitações</p>	<p>Construtos</p>

		epistemológicos			
Desenvolvimento de uma teoria da mente Objetivo: ensinar crianças autistas a usar a ToM.	A capacidade de representar mentalmente é requisito básico para ser capaz de inferir sobre o estado mental de outras pessoas.	Neurodesenvolvimentista (Beyer, 2002) Sócio-histórica (Barth, et al., 2005; Beyer, 2002)	Desenvolvimento de software por pesquisadores brasileiros. (Barth, et al., 2005)	Generalização do aprendizado é restrita. (Bosa, 2006)	Teoria da mente, emoções, crenças e faz-de-conta. (Beyer, 2002; Pinheiro & Camargos Jr, 2005)
CENTRADAS NA INTERAÇÃO SOCIAL					
Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
Social Stories <i>(Histórias Sociais)</i> Objetivo: ensinar habilidades sociais por meio de histórias.				Poucas pesquisas baseadas em evidências e de efeitos a longo prazo. (Litras, et al., 2010) Não há indícios de prejuízo das histórias sociais no desenvolvimento das crianças, mas acredita-se que ela limita a criança a aprender apenas uma possibilidade de resposta a cada situação. ("Social Stories Therapy for children with autism." 2009)	Comportamentos adaptativos
Lego®-terapia Objetivo: ampliar a interação e comunicação em crianças com autismo ou outros desordens de desenvolvimento, por meio de um jogo	1. Crianças autistas são intrinsecamente motivadas por atividades que envolvem sistemas de construção (Scheuer & Andrade, 2007) 2. Crianças autistas podem melhorar a interação social por meio de jogo cooperativo e divertido (Gordon, 2009)	-	Melhora interação social em situações livres.	Não pode ser utilizada como fonte única de estimulação de interação social. Se não houver intervenção do um adulto que faça a mediação e que tenha clareza nos objetivos, pode facilitar a intensificação de comportamentos repetitivos e estereotipados.	Interação social, comunicação, iniciativa

cooperativo e divertido (Gordon, 2009)					
PROGRAMAS DE INTERVENÇÕES BASEADAS NA FAMÍLIA: <i>São programas de intervenção que apostam na família como chave para o sucesso no desenvolvimento da criança, envolvendo-a com entretenimento, suporte e informações</i>					
Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
Programa HANEN “More than Words” Mais do que palavras (Sussman, 2004)			Empodera os pais no relacionamento com seu filho. Oferece orientações boas e despojadas, como manter o vocabulário simples na comunicação, ficar frente a frente com a criança e ouvi-la atentamente. (C. Williams & Wright, 2008)		Linguagem; comunicação.
Mifne	1. Tratamento intensivo 2. Todo o núcleo familiar é coparticipante do processo de tratamento 3. Intervenção por meio da Terapia do Jogo Recíproco	Abordagem de Bowlby; concepção psicodinâmica de Tustin; abordagem sistêmica familiar de Minuchin.			
PROGRAMAS DE INTERVENÇÕES VOLTADOS PARA A INCLUSÃO SOCIAL: <i>São programas que têm como objetivo central instrumentalizar ou mediar os processos de interação social estruturados, como os de escolarização.</i>					
Metodologia	Princípios	Referenciais epistemológicos	Benefícios	Limitações	Construtos
DATA (Developmentall)	1. Alta qualidade no ambiente da primeira		Apesar de ser um modelo de programa norte-		

<p><i>y Appropriate Treatment for Autism – Tratamento Adequado para o desenvolvimento do Autismo)</i> Objetivo: Oferecer um programa escolar inclusivo para crianças com autismo.</p>	<p>infância; 2. Tempo prolongado de instrução 3. Apoio social e técnico para as famílias 4. Colaboração e integração entre os serviços 5. Apoio à transição</p>		<p>americano, traz uma compreensão interessante sobre as possibilidades de pensar a inclusão educacional precoce com crianças com autismo em idade inferior a 3 anos de idade no contexto brasileiro.</p>		
<p>Educação terapêutica Objetivo: acompanhamento escolar das crianças junto de dispositivos institucionais diversos, criados por uma equipe reunida para esse fim</p>	<p>1. Considerar o aluno em suas necessidades pessoais, respeitando suas diferenças; 2. Considerar o aluno em sua etapa de desenvolvimento; 3. Valorizar focos de interesse como energizadores da aprendizagem 4. Priorizar as ações do sujeito aprendente. (Ávila, 1997) Articulação dos três eixos: 1. inclusão escolar 2. tratamento institucional 3. tratamento educacional</p>	<p>Psicanálise e educação (M. C. Kupfer, 2010). Psicanálise e construtivismo (Ávila, 1997)</p>	<p>Alia educação e tratamento no desenvolvimento da criança com autismo. Tem como objetivo auxiliar o autista a torná-lo ele mesmo, não moldá-lo. (Ávila, 1997)</p>		<p>Conexões afetivas; Organização subjetiva; contratransferência;</p>

