

COMO INTERVIR NA PERTURBAÇÃO AUTISTA

Isabel Margarida Silva Costa dos Santos

Pedro Miguel Lopes de Sousa

Enfermeiros nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Mestrandos em Psicologia Pedagógica, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Contactos do autor:

Tel: (+351) 934618213

pierre_pedrosky@portugalmail.com

RESUMO

No último século, surgiram métodos e filosofias de abordagem divergentes, desde que o autismo foi descrito pela primeira vez em 1943. Neste artigo, procura-se realizar uma revisão bibliográfica sobre a Perturbação Autista, destacando as principais perspectivas sobre a etiologia do autismo, bem como os meios de diagnóstico (nomeadamente no que se refere aos critérios internacionais e o seu diagnóstico diferencial), avaliação e intervenção, mais utilizados e proeminentes. Por último, é analisada a temática da integração, sendo referidos os principais tipos e vantagens inerentes.

Palavras-chave: Autismo, Etiologia, Diagnóstico, Avaliação, Intervenção, Integração.

O autismo é uma síndrome comportamental com características de um distúrbio de desenvolvimento. Caracteriza-se por disfunções a nível das capacidades físicas, sociais e linguísticas; anormalidades no relacionamento com objectos, eventos e pessoas. Estudos realizados demonstram que os factores emocionais não são causadores isolados da doença, e que factores biológicos aparecem em quase ou em todos os casos de autismo, porém ainda não foi descoberto um marcador biológico específico (Aarons & Gittens, 1992; Baron-Cohen, 1990; Frith, 1996; Marques, 1993, 1998; Pereira, 1996, 1999; Powell & Jordan, 1997).

A etiologia do autismo ainda não foi definida. Com os avanços no domínio da neurocirurgia, algumas investigações sugerem que não há um dano físico no sistema nervoso central que desempenhe um papel primário no seu aparecimento. Existem, sim factores genéticos

e ambientais que são considerados como determinantes, embora a maioria dos autores aponte, actualmente, para a multicausalidade. Assim, foram surgindo diversas teorias que valorizam diferentes aspectos, destacando-se as Psicogenéticas, as Biológicas, as Psicológicas, as Afectivas e as Cognitivas. Estas duas últimas teorias são as que, actualmente, possuem maior relevância e destaque.

Quanto ao tratamento do autismo tem como objectivo principal tornar o indivíduo o mais independente possível em todas as áreas de actuação. Tendo em vista a multiplicidade dos profissionais envolvidos na elaboração de programas de diagnóstico e tratamento para indivíduos portadores do autismo, este trabalho visa encontrar subsídios teóricos e metodológicos para discutir como a questão do autismo infantil se constitui na nossa sociedade e analisar meios de intervenção existentes enfatizando a actuação do psicólogo.

É importante uma análise dos programas de tratamento e educação utilizados com crianças autistas, bem como as teorias em que se baseiam de forma que se possa observar os efeitos, os avanços que possibilitam no quadro clínico da criança e é nesse aspecto que a escolha da temática se justifica. O papel do tratamento psicológico é indiscutível e deve envolver fundamentalmente, um trabalho de orientação sistemática à família da criança. Deverá, por outro lado, oferecer subsídios aos outros profissionais que eventualmente estejam em contacto com o paciente, tais como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, entre outros. O psicólogo pode também desenvolver vários papéis, como, por exemplo, investigador numa equipa diagnóstica e de avaliação, psicoterapeuta numa abordagem individual (em consultório), psicoterapeuta numa abordagem institucional, coordenador de uma equipe multidisciplinar institucional e também como orientador familiar (AMA, 2005).

Desta forma, esquematizou-se o presente trabalho em cinco capítulos fundamentais. Inicialmente, ir-se-á proceder à análise de algumas perspectivas sobre a etiologia do Autismo, para, de seguida, se abordarem os principais meios diagnósticos, nomeadamente no que se refere aos critérios internacionais e o seu diagnóstico diferencial. Ir-se-ão ainda analisar diferentes instrumentos de avaliação, tanto com o objectivo de diagnóstico como de intervenção, para, posteriormente, se apontarem as medidas de intervenção mais proeminentes e utilizadas. Por último, é analisada a temática da integração, sendo referidos os principais tipos e vantagens inerentes.

1. PERSPECTIVAS SOBRE A ETIOLOGIA DO AUTISMO

Muitos estudos têm vindo a ser desenvolvidos na tentativa de contribuir para a definição de

autismo contudo, muito ainda há a investigar para combater a indefinição relativa à sua etiologia (Ballone, 2002; Bosa & Callias, 2000; Borges, 2000; Marques, 2002; Pereira, 1996, 1999).

São múltiplas as teorias que pretendem esclarecer as perturbações do espectro do autismo. Contudo, se por um lado se encontram teorias comportamentais que “(...) tentam explicar os sintomas característicos desta perturbação com base nos mecanismos psicológicos e cognitivos subjacentes (...)”, sob outra perspectiva, encontram-se as teorias neurológicas e fisiológicas que “(...) tentam fornecer informação acerca de uma possível base neurológica.” (Marques, 1998, p. 43). Mas, embora invistam “(...) em áreas tão diversificadas, mais do que um conflito existe entre elas como que uma complementaridade, que por certo vai permitir uma identificação cada vez mais clara e operacional da explicação etiológica.”, como é referido por Marques (1998, p. 43).

Da consulta bibliográfica efectuada foram encontradas várias teorias que procuram explicar o problema da etiologia ou causa do quadro clínico do Autismo, no entanto, serão apenas abordadas algumas das hipóteses que mostraram ser mais relevantes relativamente à importância das investigações e os avanços que proporcionaram no contexto desta temática. Destas salientam-se as Teorias Psicogenéticas, as Teorias Biológicas, as Teorias Psicológicas, as Teorias Afectivas e as Teorias Cognitivas na perspectiva de Ballone (2002), Bosa e Callias (2000), Borges (2000); Marques (1998), Marques (2002), e Pereira (1996). Contudo, Borges (2000) e Lippi (2005) consideram que as teorias mais recentes que fornecem um maior esclarecimento do ponto de vista do diagnóstico são: a Teoria Afectiva e a Teoria Cognitiva.

1.1. Teorias Psicogenéticas

Já Kanner em 1943 considerou o autismo como uma perturbação do desenvolvimento constitucionalmente determinada, sugerindo a possibilidade de existência de uma componente genética que com o passar do tempo se revelou correcta, contudo, foi o próprio Kanner quem especulou relativamente à possibilidade dos pais contribuírem para o distúrbio (Bosa & Callias, 2000; Pereira, 1996; Zulueta, 1998; Marques, 1998).

Esta perspectiva fundamenta-se nas teorias psicanalíticas e defendem que as crianças autistas eram normais no momento do nascimento, mas que, devido a factores familiares (pais frios e pouco expressivos) o desenvolvimento afectivo das crianças era afectado, o que provocava um quadro autista (Alves, 2001; Borges, 2000; Duarte, Bordin & Jensen, 2001; Messias, 1995; Tomkiewicz, 1987).

Segundo Marques (1998, p. 44), Kanner “Considerou, que as singularidades psicológicas

dos pais das crianças com autismo se traduziam em relações distorcidas e patológicas com os seus filhos, e estavam na origem do síndrome autista (...) [Além disso], interpretava o autismo predominantemente como uma perturbação emocional.”.

Posteriormente, nas décadas de 50 e 60, começa a entender-se que o distúrbio emocional correspondia a uma resposta desadaptativa frente a um ambiente que não favorável, mais do que um défice inato (Marques, 1998; Borges, 2000). Ainda nesta ordem de ideias, Eisenberg considerava como uma reacção à relação parental, pelo que segundo este, a criança poderia estar a responder ao tratamento mecânico, frio e obsessivo recebido por parte destes, como referem Alves (2001), Bosa e Callias (2000), Pereira (1996), e Marques (2002).

Bettelheim em 1967 desenvolveu a teoria das “mães frigorífico”, na qual se entendia que as crianças se tornavam autistas como uma resposta desadaptativa a um ambiente ameaçador e não carinhoso por parte da mãe (Zulueta, 1998; Tomkiewicz, 1987). Marques (1998) acrescenta que este processo compreendia diferentes momentos, tornando-o gradual no decorrer do desenvolvimento, nos quais a criança se poderia tornar autista.

A maioria dos estudos desta época partilhou esta visão dos acontecimentos, contudo, só na década de 70 surgiram outros estudos que se contrapunham aos resultados até então obtidos. Um dos aspectos prende-se com a análise de crianças que eram vítimas de maus-tratos, bem como actos de negligência em que se verificou que as experiências vivenciadas por estas crianças não determinavam quadros de autismo, como é reforçada a ideia por Duarte, Bordin e Jensen (2001).

Não descorando o facto de esta leitura psicanalítica tenha trazido contributos para análise da etiologia do autismo, certo é que actualmente se considera que a mesma trouxe efeitos nefastos para as famílias destas crianças que carregaram a culpa de serem os autores de tais alterações nos filhos, como é descrito por Borges (2000), Duarte, Bordin e Jensen (2001). Tal, levou-os a investir muito dinheiro em intervenções psicanalíticas pouco eficazes e que acabavam por prejudicar estas crianças por não terem acesso a um tipo de intervenção específico e adaptado às suas necessidades particulares, segundo o que é declarado por Marques (1998). Esta autora afirma ainda que como resultado do descontentamento e da ineficácia desta abordagem surgiram múltiplas críticas, uma delas passou por questionar a validade daquelas asserções, relativizando as suas conclusões acerca da possível influência negativa dos pais, por não existirem meios credíveis que os pudessem confirmar.

Uma outra crítica apresentada por Borges (2000) e Pereira (1996) dirige-se para o pormenor de que a maioria dos investigadores desta abordagem se limitava a observar as relações entre os pais e as crianças após estar instalada a perturbação, pelo que, se tornavam incapazes de eliminar empírica e logicamente, a realidade de que a frieza e rejeição apresentadas pela criança, poderiam estar relacionadas com uma falta de resposta muito precoce da criança à atenção dos

pais. Além disso, existem outros investigadores que referem que não existe suporte empírico para a noção de que o autismo seja originado pelos padrões das interações familiares desviantes. Werner em 1967, também não conseguiu identificar progressos nas competências comunicacionais das crianças autistas submetidas a uma orientação psicanalítica (Marques, 1998, p. 47).

Assim, na génese do autismo vários autores têm contactado que o défice cognitivo assume um papel crucial. Além disso, com os avanços nas técnicas de estudo do cérebro tem-se assistido a um aumento progressivo no seu desenvolvimento (Borges, 2000).

1.2. Teorias Biológicas

As investigações posteriores, que dizem respeito às perturbações do espectro do autismo, revelaram indícios de que nesta perturbação existiria uma origem neurológica de base. Partindo das hipóteses psicogenéticas, um dos primeiros argumentos que pretendeu derrubar as mesmas encontrava-se relacionado com o facto de que as crianças autistas possuem grande probabilidade de vir a sofrer de epilepsia (a incidência aumenta com a infância e adolescência) (Pereira, 1996; Marques, 1998).

Em 1967 os estudos de follow-up efectuados por Rutter e Lockyer, e em 1973 por De Meyer e colaboradores, pretenderam indicar a existência de uma perturbação neurológica (Marques, 1998), em situações em que esta não estivesse ainda completamente identificada, pelo que lhes coube o mérito de começarem a identificar o papel da componente genética do autismo, mesmo que actualmente ainda não haja certezas quanto ao papel que os genes desempenham no aparecimento desta perturbação (Barthélémy & LeLord, 1987; Costa & Nunesmaia, 1998; Gillberg, Merdin & Ehlers, 1996; Quinhones-Levy, 2004).

Através de vários estudos, verificou-se que ao nível da distribuição por géneros, o autismo é quatro vezes mais comum nos rapazes do que nas raparigas, e esta relação eleva-se para 5:1 se se considerar o espectro autista na sua totalidade. Em 1994, Happé considera que apesar de um elevado número de casos de autismo ainda se manterem idiopáticos (cerca de 2/3), estudos detalhados têm demonstrado e documentado uma etiologia orgânica em cerca de 25% dos casos, como é apresentado por Marques (1998).

Dos relatos existentes constata-se a associação do autismo com vários distúrbios biológicos (incluindo paralisia cerebral, rubéola pré-natal, toxoplasmose, infecções por citomegalovirus, encefalopatia, esclerose tuberosa, meningite, hemorragia cerebral, fenilcetonúria, e vários tipos

de epilepsia), e partindo destas concepções, actualmente aceita-se que o autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade em estabelecer relações, segundo descrevem vários autores (AMA, 2005; Bosa & Callias, 2000; Borges, 2000; Marques, 1998; Marques, 2002; Messias, 1995; Barthélémy, 1987; Pereira, 1996, 1999; Golse, Haag & Bullinger, 2000).

Em 1991, um estudo realizado por Steffenfurg refere que 90% da sua amostra apresentava evidências de dano cerebral, com uma variedade de problemas. Com os avanços acerca do estudo cerebral houve lugar para o desenvolvimento progressivo de estudos biológicos deste distúrbio, o que tem vindo a alterar as teorias etiológicas. “Estes estudos incidem em áreas diversas como a genética, com estudos sobre famílias de gémeos (Folstein & Rutter, 1977), na neurofisiologia com estudos sobre a disfunção cortical e subcortical (Ornitz, 1977), na neuroquímica com estudos sobre os neurotransmissores e os péptidos (Gillberg, 1982), os estudos metabólicos, os factores imunológicos e complicações pré-natais, peri e pós-natais.” (Marques, 1998, p. 50).

Para AMA (2005), Bosa e Callias (2000), Borges (2000), Marques (1998), Barthélémy (1987), Pereira (1996,1999), Golse, Haag e Bullinger, (2000) do conjunto de teorias biológicas destacam-se as seguintes: Teorias Genéticas (Síndrome do Cromossoma X frágil); Anomalias bioquímicas (esclerose tuberculosa, fenilcetonúria não tratada); De tipo infeccioso (rubéola, encefalite); Teoria da disfunção cerebral do hemisfério esquerdo; e, Teorias imunológicas (Anexo I).

1.2.1 - Estudos Genéticos: Genes, Cromossomas e Autismo

Actualmente, o que mais tem merecido a atenção dos investigadores relaciona-se com as temáticas no âmbito da área da genética e no papel dos factores genéticos que afectam o desenvolvimento das perturbações do autismo. Já em 1964, Rimland referiu que o autismo ocorre mais frequentemente nos pares de gémeos monozigóticos e, mais raramente, nos pares de gémeos dizigóticos. De modo que, mais tarde, foram replicados estes estudos, na década de 80, um dos estudos que pretendia comprovar esta teoria, obteve resultados que sugeriram a existência de uma componente genética no autismo (Barthélémy & LeLord, 1987; Bosa & Callias, 2000).

Para Quinhones-Levy (2004), o síndrome autístico ainda é considerado como uma situação de base genética comprovada com uma hereditabilidade superior a 90%. A mesma autora refere do mesmo modo que, nos dias de hoje, é aceite o modelo de hereditariedade complexa, ou seja, a interacção de vários genes de susceptibilidade (3 a 6 genes) com o ambiente. Entre os factores ambientais desfavoráveis contam-se, portanto, alguns factores pré e peri-natais como por

exemplo: doença genética associada - Síndrome do X frágil; algumas doenças metabólicas, cromossomopatia; embriopatia infecciosa - rubéola; varicela; toxoplasmose; infecções precoces – encefalite (Bosa & Callias, 2000; Lippi, 2005; Pereira, 1996; Tomkiewicz, 1987).

Quanto à concordância nos gémeos idênticos, esta mostrou não ser perfeita, Marques refere no seu trabalho que “Uma explicação possível para esta situação pode ser a existência de uma predisposição genética para o autismo, que apenas será accionada por problemas ou dificuldades pré ou peri-natais.” (1998, p. 51). Uma das possíveis conceptualizações desta teoria pode referir-se à existência de uma zona cerebral “frágil”, que no caso de ser exposta a agressões como a exposição a um vírus, falta de oxigénio, ou outros, pode determinar o aparecimento do autismo, segundo Hagerman (1989 in Marques, 1998).

Portanto, Marques conclui que “(...) apesar de ter vindo a ser detectada uma grande variedade de anomalias genéticas em indivíduos com perturbações do espectro do autismo, a forma de como essa anomalia afecta o desenvolvimento cerebral ainda não é conhecida.” (1998, p. 53).

1.2.2 - Estudos Neurobiológicos

Com os avanços da neurologia, em 1996, Trevarthen e Aitken, referiram que os neurologistas conseguiram identificar um conjunto de perturbações nas crianças autistas que podem ser atribuídas a malformações no neocórtex, gânglios basais e outras estruturas (Barthélémy & LeLord, 1987; Bosa & Callias, 2000; Lippi, 2005; Tomkiewicz, 1987).

Trevarthen (1996 in Marques, 1998) considera que todas as conclusões dos estudos baseados nos danos cerebrais nos autistas suportam a ideia que esta perturbação seria provocada por um desenvolvimento cerebral anormal, que se inicia desde o nascimento, manifestando os seus efeitos a nível do comportamento ao longo da infância, sobretudo quando a criança vai iniciar o desenvolvimento da linguagem.

Não surpreende que os estudos revelem a existência de áreas afectadas por anomalias a nível cerebral nas quais esteja envolvido o comportamento emocional e a comunicação, bem como o controle da atenção e orientação perceptual e acção (Borges, 2000; Pereira, 1996; Jerusalinsky, 1984; Marques, 1998). Além disso, mesmo não se conhecendo o efeito das anomalias pré-natais dentro do sistema límbico e cerebelo, supõe-se que a sua alteração possa perturbar a aquisição e o processamento da informação ao longo da vida, podendo conduzir a muitos traços característicos do autismo.

1.2.3 - Estudos Neuroquímicos

“Até ao momento, os estudos neuroquímicos têm-se mostrado inconclusivos, contudo a investigação continua, para procurar um outro nível de explicações para a perturbação do espectro do autismo.” (Marques, 1998, p. 56). Apenas importa referir que as investigações incidiram sobretudo, na análise da relação entre o autismo e o papel dos neurotransmissores, ao nível da serotonina e com certos peptídeos que podiam actuar como neurotransmissores, ainda que não se tenham obtido resultados totalmente conclusivos que suportem a existência desta relação (Bosa & Callias, 2000; Okemba-NGouet, 1993).

1.2.4 - Estudos Imunológicos

Dos factores que têm vindo a tentar ser relacionados com o autismo encontram-se as infecções virais intra-uterinas (Chess & Korn, 1989, Fernandez, Gillberg, 1989 in Marques, 1998): a rubéola gravídica (em 5 a 10% dos casos de autismo), a infecção pós natal por herpes (De Long, Beau & Brouwn, 1981, Gillberg, 1986 in Marques, 1998). Ainda a infecção congénita com citomegalovirus é considerada como estando relacionada com o autismo. Face aos dados apresentados, não se evidencia nenhuma relação causal directa entre estes possíveis agentes e o autismo, mesmo que os estudos levantem a hipótese de que possa existir uma depressão na função imunológica no mecanismo de auto-imunização ou de uma falha no mecanismo de regulação imunológica, com a etiologia do autismo (Pereira, 1996; Okemba-NGouet, 1993).

1.2.5 - Factores Pré, Péri, e Pós-Natais no Autismo

Do conjunto de estudos que pretendem mostrar uma associação com o autismo, fazem parte os seguintes factores desfavoráveis: hemorragias (após o primeiro trimestre de gravidez), o uso de medicação, alterações no líquido amniótico e gravidez tardia (Gillberg, Merdin & Ehlers, 1996). Os dados não indicam uma patologia definida no autismo, sugerindo apenas que vários tipos de problemas obstétricos ou de problemas pós-natais podem estar associados ao autismo (Deykin & MacMahon, 1980, Tsai, 1989 in Marques, 1998, p. 58).

Presentemente, é unânime considerar a existência de condições médicas que podem predispor o desenvolvimento de uma patologia deste género. Portanto, Cohen e Bolton (1994 in Marques, 1998) propuseram um modelo que contempla várias causas que podem estar subjacentes às áreas cerebrais danificadas e que possivelmente seriam as áreas responsáveis pelo

normal desenvolvimento da comunicação, do funcionamento e do jogo (cf. Fig. 1).

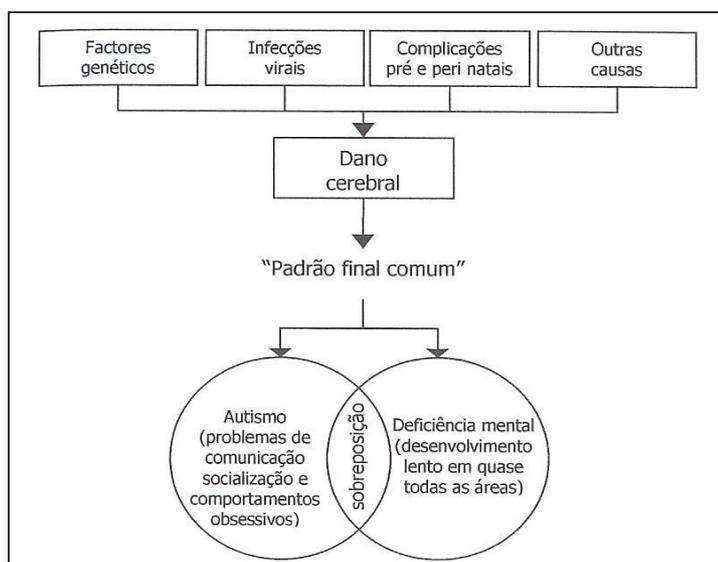


Fig. 1 - Representação do “Modelo de patamar Comum”

(Adapt. Cohen & Bolton, 1993 in Marques, 1998, p.59.)

Como em diversas situações de “organicidade” são produzidos comportamentos autistas e é de se supor a existência de factores biológicos responsáveis por eles. Ainda não se dispõe de respostas seguras para esta realidade, os estudos dirigem-se para uma hipótese disfuncional que não pode ser ainda comprovada. Intensos esforços na área da genética, bioquímica, neuroimagens, neurofisiológicos e na clínica são realizados, na tentativa de identificar estes factores convergentes (Barthélémy & LeLord, 1987; Braunwald et al., 1988).

Segundo Marques (1998, p. 50), “De uma forma geral, as investigações neurológicas colocaram em evidência a origem orgânica do síndrome. No entanto, nenhum factor ou anomalia foi consistentemente identificado e as implicações etiológicas mantêm-se pouco claras.”.

1.3. Teorias Psicológicas

Ainda que o autismo seja definido em termos comportamentais, certo é que nos últimos 30 anos se tem assistido à primazia das características cognitivas sobrepondo-se aos sintomas afectivos e comportamentais (Wing, 1997 in Marques, 1998, p. 60). Rimland, em 1964,

desenvolveu uma dessas primeiras teorias na qual pretendeu verificar se as crianças com autismo falhavam na associação dos estímulos recebidos com a memória como resultado de experiências anteriores (Bosa & Callias, 2000).

Contudo, só em 1970 os trabalhos de Hermelin e O’Conner deram o impulso definitivo nestas investigações, pretendendo identificar o défice cognitivo básico subjacente às alterações fundamentais no autismo (Lippi, 2005). Na perspectiva destes autores, os autistas armazenavam as informações verbais de forma neutra, sem as analisar, atribuir significado ou reestruturar, pelo que os seus estudos lhes permitiram evidenciar uma das deficiências mais importantes e específicas do autismo que é a incapacidade de avaliar a ordem e a estrutura e de reutilizar a informação (Pereira, 1996). “Os autistas são, assim, incapazes de extrair regras ou de estruturar experiências tanto nos domínios verbal como não verbal, o que torna compreensível a sua notória dificuldade em realizar tarefas orientadas por leis complexas como a linguagem e as interacções sociais.” (Happé, 1994 in Marques, 1998, p. 60).

De acordo com Marques (1998) os trabalhos de Frith e Hermelin na década de 70 mostram a existência de padrões de resposta rígidos e estereotipados na maior parte dos testes cognitivos. O’Conner e Leboyer na década seguinte acrescentam que estes indivíduos não possuem uma “representação mental interior” segundo o ponto de vista piagetiano, e esta incapacidade determina a dificuldade que estes possuem em generalizar, manifesta nas dificuldades de aprendizagem. Rutter, nos fins dos anos 70, coloca a hipótese de que a perturbação central do autismo se deva a uma perturbação do desenvolvimento da linguagem, associada a um défice cognitivo específico (ibidem). Mas, estas crianças apesar de possuírem um aspecto normal e da presença ocasional de competências isoladas na sua maioria eram deficientes mentais e cerca de 50% tinham QI inferior a 50.

A atenção dada aos factores cognitivos era sustentada pelo facto de que nos autistas, o nível de inteligência, em conjunto com a presença de linguagem comunicativa, é um dos melhores indicadores de prognóstico, sendo um preditor da evolução funcional da criança (Rutter, 1970, Lotter, 1978 in Marques, 1998).

Além disso, foram também encontrados padrões de disfunção cognitiva em crianças normais ou com atraso mental com o mesmo nível de desenvolvimento. Estas constatações permitem considerar que crianças com deficits cognitivos, que se encontram desde os estados precoces do seu desenvolvimento. Sob esta perspectiva, as alterações sociais seriam devidas a falhas cognitivas e à incompreensão linguística (Borges, 2000; Pereira, 1996), esta hipótese estimulou a pesquisa de uma patologia encefálica, sobretudo ao nível das funções linguísticas. Assim, esta patologia poderia ser atribuída quer a uma disfunção dos dois hemisférios, quer a uma disfunção do corpo caloso ou do tranco cerebral (Trevarthen, 1996 in Marques, 1998).

Pelos anos 80 surge a Teoria da Mente que possui como autores Uta Frith, Alan Leslie e Baron Cohen (Bosa & Callias, 2000; Baron-Cohen, 1990; Marques, 1998; Lippi, 2005). Segundo esta teoria a tríade de incapacidades comportamentais presentes no autismo era resultado de um impedimento da competência humana fundamental de “ler a mente dos outros”, pelo que pretenderam identificar os níveis fundamentais responsáveis pelos défices sociais no autismo, como falha no mecanismo mental de “metacognição”, aquele que coordena o “pensar acerca do pensamento” como é referido por Baron-Cohen (1990). A Teoria da mente significa a capacidade para atribuir estados mentais a outras pessoas e predizer o comportamento das mesmas em função destas atribuições (Premack & Woodruff, 1978 in Bosa & Callias, 2000).

Posteriormente, surgiram teorias alternativas que suportam possibilidade de implicação de outros défices, nomeadamente: Modelo de Russel, Proposta de Bowler, Função Executiva, Modelo de Hobson, Teoria da Coerência Central, e Problemas de Atenção, como é descrito por Bosa & Callias (2000), Marques (1998), Lippi (2005) e Pereira (1996).

1.4. Teorias Afectivas

A tese de Kanner de que crianças com autismo sofreriam de uma inabilidade inata de se relacionarem emocionalmente com outras pessoas foi retomada por Hobson em 1993. A teoria afectiva sugere que o autismo se origina de uma disfunção primária do sistema afectivo, qual seja, uma inabilidade inata básica para interagir emocionalmente com os outros, o que levaria a uma falha no reconhecimento de estados mentais e a um prejuízo na habilidade para abstrair e simbolizar (Borges, 2000, Bosa & Callias, 2000; Lippi, 2005).

Várias hipóteses dentro desta teoria foram testadas e, de acordo com Bosa e Callies (2000), todas elas apresentam uma característica comum: a atribuição dos deficits sociais em autismo a dificuldades em modular tanto a informação sensorial quanto a experiência perceptiva. Dessa forma, o “retraimento” autista tem sido explicado em termos de um estado de excitação crónico (por Hutt e Hutt, em 1968) ou flutuações nesses estados (por Ornitz e Ritvo, em 1976) que conduzem a evitar o olhar, reacções negativas e retraimento da interacção social, como mecanismos para controlar o excesso de estimulação (Lippi, 2005).

1.5. Teorias Cognitivas

Ritvo, em 1976, tornou-se um dos autores pioneiros a considerar a síndrome autística como uma desordem do desenvolvimento causada por uma patologia do sistema nervoso central, bem como, a salientar a importância dos déficits cognitivos do autismo (Borges, 2000; Marques, 1998; Pereira, 1996; Valentin, 1999).

De modo sintético, no decorrer de mais de 50 anos, os estudos dos artigos de L. Kanner no final com seu colega L. Eisenberg, nos permite afirmar (Bosa & Callias, 2000; Lippi, 2005; Valentin, 1999): a) a descrição semiológica do Autismo Infantil Precoce não sofreu modificações ao longo dos anos; b) a concepção do quadro enquanto síndrome passa de uma etapa inicial psicopatológica à uma síndrome clínica; c) a etiopatogenia do Autismo Infantil Precoce vai passar, no decorrer dos anos, de uma posição psicopatológica a uma posição biológica (genética e ou bioquímica), após percorrer uma etapa intermediária de posição funcional; d) suas especificações sobre inteligência, frieza afectiva mostraram falhas.

Na opinião de Borges “Independentemente destes conhecimentos, não menos importante é que seja feita uma intervenção precoce, de modo a permitir um prognóstico mais avalizado e não apenas uma suspeita da presença de qualquer condição associada.” (2000, p. 55), percepção que é partilhada por outros autores (Alves, 2001; Barthélémy & LeLord, 1987; Bosa & Callias, 2000; Braunwald et al., 1988; Gillberg, Merdin & Ehlers, 1996; Messias, 1995; Colse, Haag & Bullinger, 2000; Marques, 2002; Valentin, 1999). Marques (1998, p. 43) reforça esta ideia referindo que “Esta classificação etiológica vai certamente ter grande impacto na prevenção, e aconselhamento genético, assim como no desenvolvimento de uma intervenção farmacológica eficaz.”.

2. DIAGNÓSTICO

Vários autores têm vindo a referir ao longo das suas análises, relativas às manifestações autistas, a dificuldade que existe em estabelecer um conjunto de sinais e sintomas específicos, capazes de identificar a patologia autista, e capazes de reunir consenso entre as várias análises já efectuadas neste domínio (Hameury et al., 1990; Marques, 2002). Pereira (1996, p. 96), a este respeito, refere que “A aplicação ao autismo de um sistema de classificação diagnóstica, preciso e com menor número de erros possível, tem sido particularmente difícil, uma vez que tem evoluído ao longo dos anos, desde 1943, diferentes concepções sobre o síndrome”.

A visão clínica do autismo, anteriormente definida por Kanner em 1943, vem a ser

redefinida nos últimos 50 anos, contudo têm-se mantido as características básicas que ele assinalou. Kanner definiu como características fundamentais das crianças com autismo, as seguintes (Marques, 1998, p. 23): Incapacidade para o estabelecimento de um relacionamento social; Falha no uso comunicativo da linguagem; Interesses obsessivos e desejo de se manter isolado; Fascínio por objectos; Boas potencialidades cognitivas; e, Com início antes dos 30 meses. Mais tarde, Kanner em 1945 reduz estas características para apenas duas como refere (Marques, 1998; Aarons & Gittens, 1992; Lippi, 2005, Gillberg, Merdin & Ehlers, 1996): isolamento social e indiferença aos outros; e, resistência à mudança e rotinas repetitivas.

Posteriormente a Kanner, vários investigadores realizaram estudos com vista a determinar uma definição precisa e o mais universal possível, a maioria optou por recorrer a um dos sistemas clínicos de diagnóstico formalmente aceites. Estas referem-se às designações formuladas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e publicadas nas várias edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), que tem vindo a ser sucessivamente reformulado em virtude dos progressos; e, sistema clínico formal da Organização Mundial de Saúde (OMS) a Classificação Internacional das Doenças (ICD 10) (Marques, 1998; Messias, 1995; Pereira, 1996) (Anexo II).

Para Marques (1998, p. 24) “Ambos os sistemas (...) concordam que a condição essencial ao diagnóstico de autismo é a presença de três perturbações principais do desenvolvimento: limitações na interacção social recíproca (verbal e não verbal) e limitações da capacidade de imitação, que se traduzem por um padrão ou repertório comportamental restrito. Trata-se da denominada “tríade de Lorna Wing” (...)”. Sendo o sistema de classificação mais usado o da APA (DSM), já que se considera mais abrangente e por fornecer uma maior cobertura da amostra, o que facilita a investigação relativa a uma melhor análise dos vários subtipos (Marques, 1998; Pereira, 1996; Messias, 1995; Lippi, 2005).

Vários investigadores como Villard et al. (1987) e Candeias (1993) apresentam uma subdivisão das manifestações autistas na infância segundo diferentes períodos temporais e de acordo com as manifestações somáticas respeitantes ao desenvolvimento e ao comportamento, alertando também para o facto de ser difícil a conclusão definitiva acerca do diagnóstico.

Acerca da importância da realização de efectuar um diagnóstico precoce Marques (2002, p. 102) é de opinião que “Um diagnóstico precoce realizado por uma equipa transdisciplinar envolvendo todos os elementos que interagem com a criança (pais, técnicos de saúde, educação e outros julgados convenientes), a aplicação de instrumentos específicos de diagnóstico e a planificação conjunta da intervenção, são fundamentais para melhorar a inclusão destas crianças e famílias na sociedade em que vivem.”.

Acerca dos sistemas diagnósticos, destaca-se a DSM-IV (actualmente, é a classificação que reúne maior consenso e a mais usada) e o ICD-10 que têm baseado os seus critérios em problemas que se podem organizar estruturalmente em três áreas diferentes, com início antes dos três anos de idade, sendo estas: Comprometimento na interacção social, Comprometimento na comunicação verbal e não-verbal, e no brincar imaginário, Comprometimento e interesses restritos e repetitivos (Messias, 1995; APA, 1996).

Convém também referir que os vários autores demonstram uma certa preocupação relativamente às competências da pessoa que faz o diagnóstico: “Naturalmente que, para um melhor processo de classificação comportamental, os observadores que o estarão a praticar, deverão ter uma experiência adequada da especificidade dos métodos de observação, registo e avaliação, disponíveis tradicionalmente, na bibliografia comportamental.” (Pereira, 1996, p. 67). Além deste aspecto, as condições ambientais também são consideradas como preponderantes por Marques (2002, p. 102) “A sensibilidade, a experiência clínica e as condições de avaliação diagnóstica tornam-se elementos cruciais para identificar com exactidão e a presença de autismo numa criança.”.

Assistiu-se a uma evolução progressiva ao nível dos critérios patentes na DSM, pelo que os mesmos acompanharam a evolução das investigações no campo do autismo e das noções vigentes de cada um dos momentos, conforme consta do trabalho de Lippi (2005) e de Ballone (2002). Das alterações mais actuais importa referir apenas a que foi efectuada em 1994 que trouxe inúmeras alterações no campo do diagnóstico do autismo (Anexo IV).

De entre as alterações efectuadas denota-se uma mudança ao nível da categorização do autismo, de modo que as Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento se encontravam previamente no Eixo II (área de perturbações a longo prazo e com mau prognóstico), passam a estar no Eixo I (destinado a diagnósticos episódicos e distúrbios mais transitórios). Tal deixa transparecer um reconhecimento de que a sintomatologia desta perturbação é variável segundo a intervenção adequada (APA, 1996; Lippi, 2005, Marques, 1998).

Actualmente, é sem dúvida a patologia autista a que se assume como mais reconhecida de entre o conjunto das perturbações mais frequentes do grupo das Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento. Segundo Marques (1998, p. 26) “Esta categoria diagnostica passou a integrar em si uma variedade de perturbações, nomeadamente o distúrbio autista, a perturbação desintegrativa da infância, o síndrome de Asperger, o síndrome de Rett e a perturbação pervasiva do desenvolvimento não específica (PPDNE).”.

2.1. Diagnóstico Diferencial

O conjunto das características que diferenciam o autismo de outras patologias, bem como os seus limites, permitem determinar a identidade de uma perturbação. Portanto, com base no DSM-IV (1996) e em autores como AMA (2005), Ballone (2002), Kuperstein e Missaglia (2005), Marques (1998), Messias (1995) e Pereira (1996, 1999), o diagnóstico diferencial da perturbação do espectro do autismo deve estabelecer-se, com as Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento, nomeadamente: Síndrome de Rett, Perturbação Desintegrativa da Infância, Síndrome de Asperger; bem como, com a Esquizofrenia, a Perturbação da Linguagem Expressiva, o Distúrbio Misto de Expressão e Recepção, e o Atraso Mental. Com base nos autores referidos serão abordadas as características e especificidades que auxiliam o diagnóstico diferencial entre elas e o autismo.

2.1.1 - Síndrome de Rett

A Síndrome de Rett é considerada como portadora de uma etiologia genética. Esta afecta o sexo feminino e, além deste aspecto, caracteriza-se pelo facto do seu desenvolvimento apresentar um início normal gradual no qual ocorre uma perda das capacidades adquiridas (por volta dos 2 anos de idade). Como no autismo existe comumente perda da linguagem, este facto constitui um factor que dificulta o seu diagnóstico, no entanto existem particularidades que facilitam a identificação do Síndrome de Rett: abrandamento do crescimento do perímetro craniano, perda de habilidades motoras manuais já adquiridas e dificuldades de coordenação óculo-manual.

2.1.2 - Perturbação Desintegrativa da Infância

É característica desta perturbação o desenvolvimento precoce normal ainda que este seja acompanhado por uma desintegração (não explicada) nos primeiros cinco anos de vida (regra geral). Aquando desta desintegração assiste-se a uma perda da linguagem, da necessidade e prazer de estabelecer contacto social, empobrecimento do contacto visual, perda de outras formas de comunicação não verbal (ex.: apontar). Ao invés, no autismo, é essencialmente no primeiro ano de vida que se assiste às perturbações do desenvolvimento, contudo, é sempre atribuído o diagnóstico de autismo quando a informação do desenvolvimento precoce não é avaliável ou quando não é possível documentar o período de desenvolvimento normal exigido.

2.1.3 - Síndrome de Asperger

Este síndrome surge na DSM-IV em 1994, visto que anteriormente a estas crianças cabia-lhes a denominação de possuir uma personalidade esquizóide. Só então, em 1994, este documento lhe atribuiu uma distinção diferenciada do distúrbio autista. Esta distinção baseia-se fundamentalmente em aspectos como o facto de o diagnóstico ser mais tardio relativamente ao autismo, já que os atrasos não são tão evidentes e por norma, estas crianças não apresentam debilidade mental, nem são tão importantes as perturbações da linguagem e da socialização.

2.1.4 - Perturbação Evasiva do Desenvolvimento Não Específica

Comparativamente com os itens exigidos no diagnóstico do autismo, o diagnóstico desta perturbação exigem a presença de menos itens e de menor intensidade, além de que apresenta menor compromisso cognitivo e consequente atraso mental. Quanto às controvérsias em redor desta categoria diagnóstica, os defensores da noção de espectro defendem que esta constitui uma variação do autismo, ao invés do que se verifica no DSM-IV em que esta perturbação não possui um número de critérios suficiente para pertencer ao conjunto das Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou Distúrbio da Personalidade (ainda que apresente compromisso nas áreas centrais).

2.1.5 - Esquizofrenia

Segundo o DSM-IV, o diagnóstico diferencial do autismo com a esquizofrenia infantil fundamenta-se no desenvolvimento normal (ou quase normal) que é possível identificar durante alguns anos, bem como a presença de uma de sintomas activos com alucinações (durante pelo menos um mês), que estão ausentes na patologia autista. Além disso, ao contrário do que ocorre com os autistas, as crianças com esta perturbação possuem períodos de normalidade.

2.1.6 - Mutismo Selectivo

Não é difícil estabelecer o diagnóstico diferencial relativamente ao autismo, uma vez que a inibição voluntária da fala que se fundamenta essencialmente num problema de interacção social, uma resposta afectiva e intencional, mais do que uma perturbação da linguagem. É comum que as crianças com mutismo selectivo demonstrem possuir competências comunicativas consideradas adequadas em determinados contextos, o que não ocorre em crianças com autismo.

2.1.7 - Perturbação da Linguagem Expressiva e Perturbação Mista da Expressão e Recepção da Linguagem

Com base no DSM-IV, ocorrem nestas perturbações incapacidades linguísticas, o que não se encontra relacionado com a presença de uma incapacidade qualitativa das interações sociais, nem com os padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados característicos da perturbação autista.

Marques (1998), refere que no contexto das perturbações da linguagem, Rapin em 1987 defende a existência de um contínuo entre o autismo e as perturbações específicas da linguagem, sobretudo se estes se encontrarem envolvidos com problemas associados ao processamento central da linguagem. Além disso, Rapin aponta ainda para a existência de um défice semântico pragmático em crianças que não apresentem os critérios exigidos pelo diagnóstico do autismo. No mesmo ano, Rapin e Allen defenderam igualmente que as dificuldades comunicativas manifestas nas crianças com défice semântico pragmático são mais aparentes no caso do discurso contínuo comparativamente à produção ou compreensão. Somam também um grupo de características particulares: tendência para falar muito sem comunicar verdadeiramente, e tendência para dar respostas tangenciais às questões ou mudar de tópico sem explicação.

No entanto, “(...) ainda é difícil validar a existência de um subgrupo semântico pragmático ou mesmo compará-lo com as perturbações do espectro do autismo devido à inexistência de instrumentos de avaliação sensíveis a estas particularidades linguísticas, mas as investigações e estudos realizados mostram uma tendência no sentido desta subdivisão.” (Marques, 1998, p. 33).

2.1.8 - Atraso Mental

Os autores denotam uma grande dificuldade em determinar nos indivíduos com atraso mental se estes apresentam o diagnóstico de autismo, e esta dificuldade torna-se ainda mais demarcada nos casos de crianças com um atraso mental severo e profundo. Com base no DSM-IV, este diagnóstico é reservado para situações em que se identifique a existência de défice social qualitativo, défice nas competências comunicacionais, e características comportamentais específicas do distúrbio autista.

3. AVALIAÇÃO

É certo que as crianças com autismo manifestam um atraso em muitas áreas do desenvolvimento, razão pela qual a sua avaliação impõe a necessidade da intervenção de profissionais de diferentes áreas, nomeadamente, da comunicação, do desenvolvimento global, comportamento, entre outros, já que é consensual que toda e qualquer perturbação do desenvolvimento beneficia com a intervenção e avaliação clínica se esta for conduzida por uma equipa de carácter interdisciplinar e possuidora de experiência.

Segundo Marques (1998, p. 35), a avaliação decorre em dois momentos distintos: “Um primeiro tempo, será aquele no qual se tenta delimitar um diagnóstico preciso da perturbação que se nos depara. É preciso delimitar fronteiras com outras perturbações semelhantes. O segundo tempo, será aquele em que se avalia para intervir eficazmente.”.

3.1. Avaliar para diagnosticar

Actualmente o processo de atribuição de um diagnóstico correcto de autismo tornou-se simplificada com o aparecimento do DSM ou ICD, contudo, com o decorrer do tempo, foram-se desenvolvidos questionários e checklists dirigidos para a avaliação psicológica e comportamental destas crianças que tinham sido diagnosticadas. Estes instrumentos possuíam como principal função permitir uma maior especificação da natureza do problema em cada caso individualmente ou uma melhor discriminação de diagnóstico.

De entre as escalas comumente usadas e que reúnem maior validade de conteúdo, consistência interna e validade discriminativa, salientam-se os instrumentos apresentados por AMA (2005), Gillberg, Merdin, Ehlers (1996), Golse, Haag e Bullinger (2000), Marques (1998), Lippi (2005), Pereira (1996), Vatauvuk (1999): Diagnostic Checklist for Behavior – Disturbed Children, Form E-1 (1964) e Form E-2, de Rimland em 1972; Autism Behaviour Checklist (ABC), construída por Krug, Arick e Almond em 1980; Childhood Autism Rating Scale (CARS), de autoria de Schopler Reichler, DeVillis e Kock em 1980; Behavioural Observation Scale for Autism (BOS) de Freeman, Ritvo e Schroth em 1984; Autism Diagnostic Interview de Rutter e Le Couteur de 1988, 1989; Behavioural Summarized Evaluation (BSE), de LeLord, Barthélémy e Hameury em 1989; Infant Behavioural Summarized Evaluation (IBSE) de Adrien e colaboradores em 1992; e, Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) de Baron-Cohen, Allen e Gillberg em 1992.

Em qualquer um dos instrumentos “Sempre que possível, o resultado deve ser devolvido aos pais, que devem receber um resumo claro e coerente dos resultados obtidos.” (Marques, 1998, p. 38). Em Portugal destaca-se a *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* e a *Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)* que constituem os instrumentos mais comumente aplicados.

A *Diagnostic Checklist for Behavior – Disturbed Children, Form E-1* (1964), tinha como objectivo permitir o diagnóstico precoce do autismo e a diferenciação de outras psicoses infantis, consistindo em 76 questões acerca da anamnese, sintomas e características comportamentais e idade de aparecimento dos sintomas, como os pais revelavam alterações importantes pelos 5 anos e meio, pelo que foi reformulada em 1972 dando origem à versão *Form E-2* (Marques, 1998; Lippi, 2005). Da revisão, o autor obteve 109 questões que eram completadas pelos pais relativas a temas como: interacção social, afecto, linguagem, competências motoras, inteligência, reacção a estímulos sensoriais e características familiares desde o nascimento até aos 5 anos e meio (Marques, 1998). Esta versão tem a vantagem de os resultados que ela fornece serem comparados a uma base de dados computadorizada de cerca de 16000 casos, sendo que a análise destes resultados serviu de base a intervenções a nível nutricional e comportamental (Marques, 1998; Lippi, 2005).

Autism Behaviour Checklist (ABC) visava diferenciar crianças autistas de outras com deficiência mental severa, cegas-surdas e com perturbações emocionais (Marques, 1998; Lippi, 2005). Era preenchida por profissionais, consiste em 57 descrições de comportamento, subdivididas em 5 áreas sintomáticas: sensorial, relacional, uso de objectos e conhecimento corporal, linguagem e sociabilidade (ibidem). A análise tem como suporte 1049 checklists de indivíduos autistas dos 18 meses aos 35 anos (Marques, 1998).

Childhood Autism Rating Scale (CARS) consiste em 15 itens com diferentes áreas: relação com as pessoas, resposta emocional, imitação, movimento do corpo, uso de objectos, adaptação à mudança, resposta visual, do som, ao paladar, cheiro e tacto; medo e ansiedade; comunicação verbal e não verbal; nível de actividade, de consciência da resposta intelectual; impressão global (Golse, Haag & Bullinger, 2000; Gillberg, Merdin & Ehlers, 1996; Marques, 1998; Vataavuk, 1999). Existe um contínuo de 7 resultados para cada um dos itens, do normal à anomalia severa do comportamento, nos quais os resultados dependem das características pessoais da criança e divide-se em 3 categorias: não autismo, autismo moderado e autismo severo (Lippi, 2005; Marques, 1998; Pereira, 1996).

Behavioural Observation Scale for Autism (BOS) visava distinguir os autistas dos indivíduos com atraso mental severo, identificar subgrupos de autistas e desenvolver um instrumento objectivo para descrição do autismo em termos de investigação comportamental e biológica. Divide em 4 grupos os 24 tipos de comportamento: comportamento solitário, relação com os objectos, relação com as pessoas e linguagem (Lippi, 2005; Marques, 1998). A criança é

colocada a brincar com brinquedos adequados à sua idade cronológica, é filmada e posteriormente é analisado o filme cotando os comportamentos registados sendo de seguida avaliados informaticamente (ibidem).

Autism Diagnostic Interview compõe um questionário exaustivo que fornece um quadro detalhado do desenvolvimto em 3 áreas: linguagem e comunicação, desenvolvimento social e jogo (Lippi, 2005).

Behavioural Summarized Evaluation (BSE) pretende avaliar a severidade dos comportamentos autistas, sendo usada em muitos contextos educativos e mostrou ser capaz de ser um instrumento sensível e discriminativo do autismo em relação a outras perturbações (Lippi, 2005; Marques, 1998). A *Infant Behavioural Summarized Evaluation (IBSE)* é uma adaptação da anterior (ibidem).

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) é uma escala de 9 questões sim/não para pais, e 5 itens observacionais que é preenchida pelo médico, tendo sido aplicado a crianças com elevado risco genético de cerca de 18 meses e que permite uma diagnóstico precoce deste tipo de perturbações (Golse, Haag & Bullinger, 2000; Gillberg, Merdin, Ehlers, 1996; Lippi, 2005; Pereira, 1996). Tem como itens: jogo intencional, apontar protodeclarativo (apontar usando apenas para obter aquilo que se pretende, sem intenção de mostrar ou partilhar algo de interessante), atenção partilhada, interesse social, jogo social (Anexo V).

3.2. Avaliar para Intervir

Esta segunda fase da avaliação implica que a avaliação seja direccionada para a intervenção, como já foi referido por Marques (1998). Inicialmente, é importante que se elabore uma avaliação detalhada da criança quanto ao seu nível de desenvolvimento funcional, o seu padrão de dificuldades e limitações, incluindo a descrição de qual o principal problema que preocupa os pais. “A análise funcional do comportamento é um precursor importante para a intervenção, já que permite ter uma ideia de como os factores ambientais afectam o comportamento da criança.” (ibidem, 1998, p. 39).

Recentemente, após uma marcada evolução nas estratégias de avaliação psicoeducacional, pretende-se que esta inclua tanto as práticas tradicionais da avaliação psicológica como a educativa, garantindo a combinação de uma abordagem que compara a informação individual com os dados normativos, que à posteriori permite uma programação e um planeamento de actividades que vão tornar compatível este processo com as necessidades específicas da criança

(Borges, 2000; Pereira, 1996).

A aprendizagem e o desempenho das crianças autistas incidem em quatro áreas: comunicação, reposta social, processamento da informação e desenvolvimento das competências cognitivas. Segundo Marques (1998, p. 40) “O padrão destas características resulta normalmente num perfil individual que exige considerações avaliativas muito especiais e influencia de forma comprometedora todo o processo de aprendizagem.”.

A prática da avaliação psicoeducacional pode favorecer a detecção precoce e a identificação das áreas educativas em que se verificam mais dificuldades, permitem também confirmar discrepâncias entre o funcionamento corrente e o desempenho esperado, o que pode permitir o diagnóstico dos défices particulares que não são facilmente visíveis (Jordan & Powell, 1995 in Marques, 1998, p. 41). De entre os testes mais comuns salienta-se o PEP, PEP-R e AAPEP (Borges, 2000; Lippi, 2005; Assumpção & Pimentel, 2000; Vatauvuk, 1999).

O *PEP - Perfil Psicoeducacional* (Schopler e Reichler, 1976, parte de uma concepção da criança sob uma perspectiva desenvolvimentista (Piagetiana), aliada ao princípio do desenvolvimento desarmónico destas crianças entre e inter-áreas, procurava levantar suas habilidades e défices, assim como seu nível de desenvolvimento em 9 diferentes áreas funcionais e comportamentos incomuns em 4 áreas de patologia (Marques, 1998). A proposta de tratamento partiria da própria criança, em outras palavras, da conjugação entre sua posição no continuum autístico, suas características únicas (pessoais e intransferíveis) e as perspectivas de sua família (AMA, 2005).

O PEP, integrado no Programa TEACCH, garante a determinação de um perfil desenvolvimental e funcional de cada criança (Assumpção & Pimental, 2000). É um inventário de comportamentos e competências designados para identificar diferentes modelos de aprendizagem em crianças de 6 meses a 12 anos, com nível educativo pré-escolar. Como instrumento de avaliação funcional, fornece informação acerca do desenvolvimento funcional nas áreas de: imitação, percepção, motricidade fina e global, integração óculo-manual, competências cognitivas e capacidade de cognição verbal (ibidem). Ao nível do diagnóstico psicopatológico, identifica o grau de perturbação nas áreas de: relação, cooperação e interesse pelos outros, jogos e interesses materiais, modalidades sensitivas, linguagem e afecto (Lippi, 2005; Marques, 1998; Assumpção & Pimental, 2000).

É constituído por um conjunto de brinquedos e jogos apresentados à criança por um examinador que também possui a função de o observar, avaliar e registar as respostas, para no fim as pontuações serem distribuídas por 7 escalas de desenvolvimento e patologia (perfil do desenvolvimento), que define as potencialidades e as dificuldades nas diferentes áreas de desenvolvimento e comportamento patológico (Assumpção & Pimental, 2000).

O grande contributo trazido pelo PEP na opinião de Marques (1998, p. 42) com o facto de que “Na maioria dos outros testes a criança é avaliada apenas em dois níveis: realiza ou falha. No PEP é avaliado um terceiro nível: emergente (...) resposta em que a criança mostra algum conhecimento do que é preciso para completar a tarefa, mas não tem entendimento completo ou a capacidade necessária para completar a tarefa sozinha com sucesso.”.

O PEP-R (Schopler e colaboradores, em 1990) e o AAPEP (Mesibov e colaboradores, em 1987) oferecem informações específicas relacionadas ao desenvolvimento em diferentes áreas funcionais, assim como características comportamentais, uma avaliação da capacidade de comunicação espontânea no quotidiano (Lord et al, 1989 in Vataavuk, 1999) (Anexo VI).

A AAPEP estende a avaliação do PEP-R (Schopler et al.) ao grupo de idade adolescente e mais velho no moderado à escala severa do atraso mental. A ênfase está em avaliar habilidades funcionais de três áreas de avaliação: trabalho da observação directa, a casa, e da escola. A apropriação da colocação em locais próprios para a instrução, e em locais vocacionais é sugerido (Assumpção & Pimental, 2000).

4. MEDIDAS DE INTERVENÇÃO

Descobrir que o filho é autista pode ser uma experiência angustiante. Para alguns pais o diagnóstico é uma total surpresa, para outros a confirmação de uma suspeita por vezes antiga. Actualmente, sabe-se que com uma abordagem pedagógica e terapêutica adequada, estas crianças podem vir a desenvolver-se, ainda que de forma diferente das outras crianças (AMA, 2005; Aarons & Gittens, 1992).

De facto, apesar de não existir cura para o autismo é possível reduzir algumas das limitações associadas a esta deficiência. A intervenção terapêutica pode ajudar a diminuir os comportamentos indesejados e a educação deve ensinar actividades que promovam maior independência da pessoa com autismo (Falcão, 1999). Todavia, assim como o autismo não é identificado por um único sintoma ou comportamento, não há uma abordagem que seja eficiente por si só. A escolha da abordagem mais adequada deve ser ponderada em função da: perigosidade do tratamento, consequências para a criança e para a família, validade científica, procedimentos de avaliação, experiências anteriores, experiência dos terapeutas, tipo de actividades, motivação individual, ambiente, envolvimento familiar, custo, frequência e local do programa (AMA, 2005).

Actualmente existe uma gama muito vasta e diversificada de modelos de intervenção e terapias direccionadas para as pessoas autistas, contudo, depois dos anos 70, a ênfase situa-se nos métodos psico-educacionais baseados nas múltiplas teorias da psicologia da aprendizagem, sobretudo nas teorias da aprendizagem vicariante e operante (Pereira, 1996).

Pfeiffer e Nelson (1992 in Pereira, 1996) realizaram um trabalho de investigação onde foram auscultados peritos na área do autismo, concluindo que os modelos de tratamento mais utilizados com sucesso eram referentes à família, à educação e, sobretudo, o modelo comportamental.

A evolução do autista estará dependente de quatro diferentes vectores que se entrecruzam: identificação precoce da síndrome, severidade e tipo de problema, tipo de tratamentos, coordenação e relação entre meios de suporte. Segundo Pereira (1996), só uma organização equilibrada destes factores no seu conjunto permitirá construir um melhor "ponto de apoio" para os diferentes níveis de intervenção: intervenção assistencial, intervenção educacional e intervenção psicológica.

Estes três níveis oferecerão ao autista um leque de cuidados que parecem responder às suas solicitações mais importantes. A intervenção assistencial procura garantir o bem-estar físico de segurança, higiene e saúde, sendo o mais primário de todos os apoios e condição necessária para que se trate o autista com dignidade e respeito pelo ser humano. Por sua vez, a intervenção educacional pretende salientar conteúdos e objectivos essenciais à modificação comportamental, nos contextos relacionais escola-casa-família-sociedade. Quanto à intervenção psicológica, esta direcciona-se para os factores não observáveis directamente nos autistas, mas que potenciam e determinam o crescimento e organização estrutural bio-psico-emocional equilibrada e normal no ser humano (Pereira, 1996).

Embora a intervenção educacional seja fulcral na melhoria da vida dos autistas, alguns pais e profissionais acreditam que certas abordagens terapêuticas desempenham um papel importante no desenvolvimento das capacidades comunicativas e na redução dos sintomas comportamentais associados com o autismo. Estas terapias complementares podem incluir música, arte ou terapias com animais, podendo ser realizadas individualmente ou em grupo. O seu contributo situa-se ao nível da criação de oportunidades de comunicação, desenvolvendo a interacção social e proporcionando aquisições importantes. Estas abordagens podem facultar à criança autista formas positivas e seguras de desenvolverem relações em ambientes protegidos (AMA, 2005; Aarons & Gittens, 1992).

Após alguma pesquisa bibliográfica, deparamo-nos com um vasta panóplia de abordagens diferentes, como musicoterapia, equoterapia, reorganização neurológica, comunicação facilitada, PECS (comunicação por figuras), terapia ocupacional, terapia familiar, TEACCH, modificação

comportamental, etc. Algumas destas abordagens apresentam fundamentação empírica e científica, outras não, verificando-se que o seu predomínio vai flutuando ao longo do tempo consoante a posição defendida pela comunidade científica internacional (AMA, 2005). Neste trabalho, optámos por seleccionar as medidas de intervenção que nos pareceram mais válidas, pertinentes e frequentes, salvaguardando o facto de ser impossível apresentar aqui uma visão global da imensidão do universo terapêutico autista. Feito isto, impõe-se a necessidade de reflexão sobre a problemática referente à integração das crianças na sociedade, algo merecerá igualmente a nossa atenção.

4.1. Intervenção familiar

Devido à influência de algumas teorias do comportamento humano, alguns profissionais supuseram que os problemas das crianças autistas eram provocados pelos pais. Assim, em vez do apoio se dirigir para auxiliar estes pais a lidarem com os seus filhos, chegou a pensar-se que eram eles próprios que deveriam ser o cerne do apoio terapêutico (Pereira, 1996; Tomkiewicz, 1987).

Actualmente esta ideia está já suficientemente criticada, não havendo sequer uma evidência clara e indiscutível que assim seja. Isto não significa que não existam pais com problemas de facto, pelo que para além da fomentação da disponibilidade, os pais devem ser agentes fulcrais na educação e socialização das suas crianças, sendo integrados como co-terapeutas nos processos de intervenção (Marques, 2002; Pereira, 1996).

Os pais têm o direito de possuírem a informação disponível sobre as melhores formas de auxiliar as suas crianças, além de, como consumidores e avaliadores, os pais poderem contribuir em muito para o planeamento, implementação e revisão dos serviços de apoio aos autistas. Porém, por vezes os pais constroem expectativas irrealistas, acabando por colocar pressões excessivas nos técnicos, podendo resultar em conflito, culpabilizando-os e protestando contra eles. É importante que todos se consciencializem que num ambiente de antagonismo e desconfiança torna-se muito difícil que pais e técnicos trabalhem juntos, sendo as crianças os principais prejudicados (Pereira, 1996; Gremy, 1987).

Apesar de estudos de envolvimento familiar demonstrarem ser possível aos pais introduzirem mudanças importantes em determinados comportamentos dos seus filhos, isto é ainda muito difícil de concretizar (Pereira, 1996). Para que se compreendam melhor as dificuldades com que se deparam os pais, convém considerar os seus diferentes papéis: professores no sentido lato do termo (os primeiros socializadores das suas crianças); conselheiros (ajudando os filhos a lidar com sentimentos e reacções especificamente relacionadas com a

própria deficiência); pais de filhos não deficientes (que geralmente possuem sensibilidades especiais devido a certas situações a que tiveram de assistir e para as quais estavam menos preparados que um adulto); casal; participantes na escola e na comunidade (estão ligados a entidades e serviços de apoio ao seu filho).

As crianças autistas requerem uma atenção peculiar, pelo que podem ser apontados alguns princípios gerais que visam otimizar a interação com o indivíduo autista. Em todas as brincadeiras, os olhos do adulto deverão estar no mesmo nível do olhar da criança, devendo este tentar imitar a acção da criança, usando dois brinquedos iguais. Algumas brincadeiras e jogos lúdicos que podem ser úteis incluem objectos como bolas de sabão, piões, brinquedos com sons e luzes, fantoches de animais, músicas, bolas, livros, bonecos, devendo estar presente sempre a criatividade e o respeito pelo ritmo próprio de cada criança (AMA, 2005; Aarons & Gittens, 1992). De um modo sucinto, podem referir-se:

1 - Brincar na frente do espelho, desenvolvendo exercícios corporais e tecendo comentários de modo a auxiliar a criação do sentimento de consciência do eu e dos outros.

2 - Rasgar um jornal, inicialmente em pedaços grandes e depois diminuindo-os aos poucos. Este exercício ajuda na coordenação motora.

3 - Pintura a dedo, um exercício óptimo de estimulação que deve ser acompanhado pela enumeração do nome das cores, sem a preocupação que a criança se suje um pouco e tendo o cuidado de conservar os trabalhos realizados.

4 – Recorrer a três latas de tamanhos diferentes (pequena, média e grande) desenvolvendo jogos com a preocupação de incrementar a relatividade face a um referencial.

5 – Dançar auxilia muito as crianças, podendo ser envolvida toda a família.

6 – Propiciar determinados estímulos como o som do rádio alternando diferentes tipos de música, procurando que os autistas manifestem preferência por certos sons (como a voz do locutor), algo que pode facilitar a aprendizagem do idioma.

7 – Realizar massagens, começando pela parte de trás, dos pés para a cabeça, e depois na parte da frente do corpo no sentido inverso, da cabeça aos pés. Pode usar-se um óleo ou creme anti-alérgico de odor suave, promovendo sempre a comunicação.

8 – A criança precisa de sentir necessidade em se comunicar e de ter um meio para o fazer, daí a importância dos jogos e brincadeiras, criação de situações-problema e obstáculos, apresentar alternativas e a combinação de palavras, gestos, figuras e objectos.

9 – Valorizar a intenção comunicativa da criança, com o cuidado de limitar a linguagem ao léxico da criança, usar frases simples e curtas, falar devagar e claramente, saber esperar, não exagerando a entonação da voz e das expressões faciais.

10 – Reduzir a linguagem verbal e aumentar o apoio visual quando a criança estiver triste ou *stressada*.

Ou seja, os pais podem e devem ser importantes aliados no processo terapêutico da criança autista, mas para tal apresenta-se essencial que sejam dotados de conhecimentos e aptidões específicas nesse sentido. Por vezes, pode ser necessário auxiliar os pais a superar determinados obstáculos, devendo o psicólogo e/ou outros terapeutas estarem atentos e disponibilizarem-se para lhes prestarem apoio a todos os níveis (psicológico, relacional, emocional, etc.)

4.2. PECS - Sistema de Comunicação por Figuras

As crianças autistas apresentam frequentemente consideráveis dificuldades no uso da linguagem expressiva, pelo que será benéfico o recurso a intervenções intensas e altamente estruturadas. Outra das suas principais dificuldades reporta-se ao relacionamento inter-pessoal, dimensão esta também fortemente marcada pela linguagem. Neste sentido, alguns autores têm defendido sistemas de comunicação alternativos, onde não haja envolvimento da fala. A linguagem por sinais, imagens e outros símbolos visuais tem-se revelado um sistema relativamente lento de aprendizagem, visto que a linguagem por sinais requer a imitação e os sistemas de imagens implicam a sinalização, processos que podem ser confusos e exigem uma enorme atenção por parte do autista (AMA, 2005; APPAA, 2005a).

O Sistema de Intercâmbio de imagens PECS (*Picture Exchange Communication System*) foi desenvolvido devido às dificuldades sentidas ao longo dos anos com outros programas de comunicação (Bondy & Frost, 1994 in AMA, 2005). O sistema foi utilizado em Delaware, com crianças de 5 ou menos anos de idade que não tinham feito o uso da fala até o momento de entrar na escola. Das 66 crianças que utilizaram o programa PECS por mais de um ano, 44 vieram a desenvolver uma linguagem independente e 14 utilizam-na com o auxílio de sistemas de imagens ou palavras escritas. Sete destas crianças deixaram de ser educacionalmente identificados como autistas e mais de 30 já foram colocados em salas de aulas para crianças com incapacidades leves. Os terapeutas apoiam e usam o sistema entusiasticamente e os próprios pais têm-no utilizado em casa ou na comunidade, apresentando resultados quase imediatos. De facto foram

descritas diversas crianças que aprenderam o intercâmbio fundamental no primeiro dia de treino, sendo importante salientar que no PECS são as crianças que iniciam o processo de comunicação.

O PECS possui a preocupação de ir ao encontro daquilo que atrai as crianças, como alimentos, bebidas, brinquedos, livros, etc. Depois de se conhecerem as preferências da criança são feitas imagens desses objectos que, então, são-lhe apresentadas e oferecidas. Lentamente, é retirada a ajuda física para apanhar a imagem, constatando-se que a criança começa a desenvolver a iniciativa de principiar a interacção, pegando na imagem e entregando-a a um terapeuta (AMA, 2005; APPAA, 2005a).

Progressivamente o grau de dificuldade será aumentado, ao ponto do sistema PECS ensinar a criança a criar enunciados simples a partir de várias imagens e de uma "sequência de frases". Este sistema continuar-se-á expandindo no número de imagens por enunciado e no número de conceitos sobre os quais a criança poder-se-á pronunciar. Têm sido realizados estudos controlados que apoiam o uso do PECS nos Estados Unidos, América do Sul e Canadá, desde crianças pequenas e adultos autistas, observando-se que a maioria destas crianças aprende a falar dentro de um ou dois anos após iniciar com o PECS.

Verifica-se que este programa é fácil de aprender e usar pelos terapeutas, professores e pais, por não requerer o uso de materiais complexos, treino altamente técnico ou equipamento de alto custo. Uma vantagem adicional reside no facto de incutir elevados índices de motivação nas crianças que aderem ao sistema, uma vez que podem obter exactamente o que desejam (AMA, 2005; APPAA, 2005a). Por intermédio do PECS, as crianças mais novas podem ainda aprender a importância de ter outra pessoa que os auxilie e possam aprender a confiar no outro. Com o sistema correcto e o treino apropriado parece verificar-se a máxima popular :“uma imagem vale mais que mil palavras”.

Premissas básicas do PECS

As crianças que utilizam o PECS são ensinadas a aproximar-se, escolherem uma imagem do objecto desejado e oferecerem-na ao seu interlocutor, para que este lhes forneça esse objecto. Desta forma, a criança estará a iniciar um acto comunicativo para obter um resultado concreto num contexto social (AMA, 2005).

Inicialmente deve ser disponibilizado um sistema de símbolos, que podem ser desenhos lineares em preto e branco (5.2 cm), desenhos lineares a cores (5.2cm), fotos comerciais e fotografias pessoais. Estas imagens devem estar facilmente disponíveis, podendo recorrer-se ao *velcro* para colar uniformemente as imagens na superfície de suporte. É também importante que se possua um lugar do quarto ou da casa onde as imagens estejam disponíveis para a criança,

tendo sempre presente que durante todo o processo de treino o autista nunca deverá escutar as palavras “Não” ou "Não tenho isso".

Este processo terapêutico é constituído por algumas etapas sequenciais que se interligam (AMA, 2005; APPAA, 2005a):

- Fase 1: o intercâmbio físico – requer a presença de 2 terapeutas que devem evitar os incentivos verbais, respondendo como se a criança tivesse falado e organizando pelo menos 30 oportunidades diárias. Esta fase inclui o intercâmbio completamente assistido, o reforço gradual, a redução da pista da "mão aberta" e os inevitáveis problemas ao iniciar (irritação, falta de atenção, etc.).
- Fase 2: desenvolvendo a espontaneidade - inclui passos essenciais como permitir pequenas brincadeiras de 10 a 15 segundos com o objecto desejado ou que coma parte do alimento. Deve-se aumentar a distância entre a criança e o terapeuta, e posteriormente entre a criança e a fotografia.
- Fase 3: discriminação de fotografias - apresentar inicialmente um objecto altamente desejável e um que ela não prefira, fornecendo o reforço desejado e tecendo elogios perante a opção correcta (continue até se obterem 8 a 10 resultados com sucesso), devendo ir-se acrescentando imagens e manipulando o valor do reforço das "não preferidas", para que a criança aprenda a fazer escolhas. Nesta fase é essencial que se permutem as imagens no quadro de aprendizagem para que não haja rotinização, podendo ser acrescentado o título "não desejado" em algum lugar entre as demais imagens.
- Fase 4: estrutura da oração – aqui a criança já vai solicitar artigos presentes e não presentes utilizando uma frase constituída por várias palavras que observa num livro. O autista coloca uma imagem de "*Eu quero*" numa tira de velcro, depois coloca uma imagem do que deseja na fita e entrega toda a tira de velcro ao seu interlocutor. É igualmente importante que se criem oportunidades para que o autista solicite objectos que não estão à vista.
- Fase 5: resposta a "o que queres?" – o autista poderá espontaneamente solicitar uma variedade de objectos e responder a esta questão. Inicialmente a questão é acompanhada pela presença visual da frase "*Eu quero*" no quadro de comunicação, para que posteriormente se vá aumentando o intervalo de atraso.

- Fase 6: resposta e comentário espontâneo – o autista responde de modo apropriado a questões como "O que queres?", "O que vês?", "O que tens?" e a outras perguntas semelhantes quando estas são feitas de maneira aleatória.

Enfim, o programa PECS parece-nos ser um método bem estruturado e de fácil aplicação que não requer materiais complexos nem implica qualquer sofrimento para a criança autista. Pode ser utilizado em vários contextos e idades, podendo ser aplicado pelos próprios pais, desde que possuam os conhecimentos necessários (Anexo VII).

4.3. Modificação comportamental

A terapia comportamental tem sido comparada à "intervenção relacional", baseando-se na teoria da aprendizagem. O comportamento do autista é encarado como uma resposta às situações de estimulação externas, facilmente detectáveis, mas nem sempre manipuláveis. O tratamento visa a aprendizagem de novos comportamentos, gradualmente mais adaptativos, assim como a diminuição de excessos comportamentais (Pereira, 1996; APPAA, 2005c).

A modificação comportamental é inspirada pela psicologia behaviorista que defende ser suficiente observar o comportamento, negligenciando os processos cognitivos. O condicionamento operante é um exemplo disso mesmo, visto estar na origem da modificação comportamental e não ter em consideração outros fenómenos psicológicos que ocorram no cérebro (UNC, 2005; APPAA, 2005c).

“O tratamento é assim visto como um processo de estabelecimento ou reestabelecimento de novos comportamentos, progressivamente e mais complexamente organizados. Dentro dos modelos comportamentais, são concebidos para poder ensinar à criança os padrões necessários à sua participação na comunidade natural, padrões comportamentais estes que são também desejáveis a uma melhor realização dos seus potenciais intelectuais e emocionais.” (Pereira, 1996, p.86).

O Dr. Ivar Lovaas foi um marco importante no desenvolvimento do modelo comportamental, desenvolvendo um estudo pioneiro em 1987 com 19 crianças (APPAA, 2005c; Marques, 2002). Inicialmente ele terá conduzido estas técnicas para extremos, incluindo tratamentos imensamente dolorosos de autistas como um modo de os ensinar que determinado comportamento é indesejado – Modificação comportamental por aversão (UNC, 2005). Todavia,

tem-se assistido, recentemente, a mudanças destes programas num sentido positivo. De facto, nestas novas versões os problemas comportamentais são lidados por extinção (ignorando o comportamento), intervalos curtos, redireccionamento e negação firme.

Os progressos recentes na psicologia e neuropsicologia começaram a revelar alguns dos mistérios da mente humana que são a chave para a compreensão do autismo e para a criação de formas de tratamento mais adaptadas. Isto não quer dizer que as técnicas de modificação comportamental tenham sido erradicadas; simplesmente têm sido integradas em programas educacionais mais compreensivos, até porque parecem originar importantes melhorias no comportamento, linguagem, socialização, resolução de problemas e capacidades motoras.

De uma forma geral, são seguidos os seguintes passos nesta forma de terapia (Pereira, 1996): o terapeuta define quais os comportamentos a modificar, quer os deficitários quer os excessivos; através de "análise funcional do comportamento" são identificados os factores (estímulos) responsáveis pelo estatuto desses comportamentos; é constituído um plano de intervenção, escolhendo as técnicas de intervenção mais adequadas para aquele caso particular; posteriormente procuram-se generalizar os comportamentos reaprendidos partindo do estabelecimento das acções antes descritas, prevendo-se a co-participação das pessoas mais significativas da vida do autista.

Segundo a Associação do Panamá de Pais e Amigos de crianças Autistas (APPAA, 2005c) este método apresenta como vantagens: ser realizado em casa e não numa instituição, ser um programa lógico gradual, direccionado para as necessidades de cada indivíduo de qualquer idade, conduzir a melhorias em 90% dos casos, controlar o comportamento indesejado, basear-se em estudos empíricos, poder usar-se em escolas regulares, ser controlado pelos pais, permitir tempo livre aos pais mas reduzir o tempo ocioso dos autistas e os autistas a aprender. Como desvantagens são apontados os custos, a possibilidade de levar a dependências, não ser acessível a todos, negligenciar a componente neurológica e criar stress nas crianças.

Em suma, as técnicas de modificação comportamental actuais, após o abandono das técnicas dolorosas praticadas inicialmente, constituem-se como um meio de intervenção a ter em consideração quando se equaciona o programa terapêutico, por terem já uma base teórica e empírica bastante desenvolvida, com várias vantagens para os autistas.

4.4. Programa TEACCH

O TEACCH não é apenas uma simples abordagem ou método, mas sim um programa que procura responder às necessidades dos autistas, recorrendo aos melhores métodos e abordagens actualmente conhecidos para educar e proporcionar o nível máximo de autonomia que os autistas possam alcançar (UNC, 2005; APPAA, 2005b). Isto inclui ajudá-los a compreender o mundo que os rodeia, a aquisição de competências comunicativas que possibilitem o seu relacionamento com os outros, bem como torná-los capazes de fazer opções na sua própria vida.

TEACCH, que significa “*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren*” (Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Deficiências de comunicação), é um programa de Saúde Pública fundado por Eric Schopler, director do programa até 1994. Os seus serviços incluem o acompanhamento desde o diagnóstico e aconselhamento precoce de pais e profissionais, a centros baseados na comunidade adulta, havendo cerca de 130 classes de crianças autistas supervisionadas e diversos centros de adolescentes e adultos com vários graus de capacidades, tanto em meios rurais como urbanos.

Segundo Marques (2002), em Portugal este programa psico-educacional tem vindo a ser desenvolvido na região do distrito de Lisboa desde 1996/97 pelo Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família e, na zona centro do país, tem estado a ser assumida pelo Ministério da Educação – DREC e Hospital Pediátrico de Coimbra.

A proposta de tratamento TEACCH desenvolveu-se a partir dum grupo de abordagem psicanalítica criado no Departamento de Psiquiatria da Universidade da Carolina do Norte para atender crianças autistas e suas famílias no início da década de 60 (Speers & Lansing, 1965 in Vatauvuk, 2005). A sua intervenção era de base psicodinâmica, defendendo a origem psicogénica do distúrbio e que este representaria uma fuga intencional e esquizofrénica da realidade.

Schopler criticou duramente quer as abordagens motivacionais, quer as comportamentais. Segundo ele, na maioria dos casos o reforço mais eficaz seria a melhoria da interacção pais-filho e a apresentação de propostas compatíveis com o nível evolutivo da criança (Vatauvuk, 2005). À medida que se desenvolveu a pesquisa aliada à experiência clínica, começaram a ser questionadas as formulações iniciais, apontando o tratamento educacional como o mais indicado. A síndrome deixava assim de ser uma patologia parental para ceder lugar às interpretações cognitivo-organicistas, onde os pais foram exigindo e promovendo serviços de apoio aos seus filhos (Lansing & Schopler, 1978 in Vatauvuk, 2005).

O TEACCH nasce da conjugação de uma série de factores: pressão política de grupos ligados a populações portadoras de deficiência; aprovação da Lei Pública Federal Americana 94-142 assegurando o direito de todo cidadão portador de deficiência em idade escolar à educação pública, inclusive com um programa educacional especial e individualizado; aumento da necessidade de estratégias psico-educacionais altamente especializadas que concretizassem a

inserção e não a institucionalização; necessidade de resultados empiricamente comprováveis e socialmente funcionais. O TEACCH nasce assim com a preocupação de tentar melhorar a vida das crianças em três áreas e construir estruturas organizacionais e administrativas para as garantir (Vatavuk, 2005):

- Procurava-se a adaptação em casa, de forma que estas pudessem conviver com seus pais e irmãos. Para tal, foram criados centros de trabalho com os pais, promoveu-se o diagnóstico formal e vários instrumentos de avaliação, entendendo sempre a criança e sua família como entidades portadoras de características únicas.
- Defendeu-se o acesso à educação através de classes integradas em escolas públicas, participando inclusivamente na contratação e capacitação de professores, promovendo concomitantemente uma consultoria sistemática.
- Tentaram abranger a comunidade como um todo, através de grupos de pais ligados à Associação Nacional de Autismo.

Em 1980, o TEACCH foi contratado para desenvolver sistemas de avaliação e currículos para o programa das classes integradas em escolas públicas, abarcando áreas sociais, a linguagem, a comunicação e capacidades pré-vocacionais. A sua acção caracterizou-se por (Vatavuk, 2005):

1. Rejeição de um currículo geral ou sistemático aplicável a todas as categoria diagnósticas por impedirem a individualização;
2. Considerar que um currículo não deveria ser um mero compêndio de actividades, nem deveria haver um método ou uma sequência rígida de ensinar cada actividade;
3. O currículo deveria ser uma estratégia para o desenvolvimento de actividades individualizadas e funcionais.

Desta forma, foi desenvolvido um sistema de avaliação e um currículo de comunicação com predomínio das teorias cognitivas e behavioristas, que proporcionava o uso espontâneo das capacidades de comunicação em diferentes contextos pragmáticos e funcionais (Watson & Lord, 1982 in Vatavuk, 2005). De igual forma foi introduzido um programa piloto de desenvolvimento de capacidades sociais, promovendo actividades integradas com crianças normais da mesma faixa etária na escola primária (Wooten & Mesibov, 1986 in Vatavuk, 2005). Em 1981 foi iniciado um projecto-piloto com autistas e desenvolvido um programa cognitivo para a melhoria do ensino de comportamentos sociais. É igualmente importante referir o contributo do TEACCH na validação do Perfil Psicoeducacional para Adolescentes e Adultos (AAPEP) bem como na revisão do antigo PEP e substituição pelo PEP-R.

Este programa apresenta algumas vantagens quando comparado com as demais abordagens no autismo: respeito pelas diferenças das pessoas autistas, qualquer que seja o grau de gravidade do autismo; respeito pelos pais e associações de pais, aqui encarados como co-terapeutas; inclusão das opiniões dos pais nas decisões referentes às crianças mais novas ou a autistas adultos com limitações mais graves; consideração pela opinião dos indivíduos autistas, maximizando as suas capacidades comunicativas; fundamentação em princípios médicos, psicológicos, educacionais, sociais e afectivos, resultantes de 30 anos de investigações; adaptabilidade do programa a qualquer país ou cultura, devido à sua grande flexibilidade (UNC, 2005; APPAA, 2005b).

Os programas educacionais são revistos frequentemente de acordo com a maturação da criança e o seu progresso. As estratégias educacionais são estabelecidas individualmente em virtude duma avaliação detalhada das capacidades de aprendizagem do autista, tentando identificar sobretudo as potenciais aquisições e não os défices. Tais estratégias opõem-se à modificação comportamental actuando a nível das condições subjacentes à promoção das experiências de aprendizagem. Recorrem ainda aos resultados das recentes investigações na psicologia cognitiva sobre algumas diferenças em áreas particulares do processamento cerebral em pessoas autistas. A tónica do TEACCH recai na tentativa de compreensão das razões subjacentes aos problemas comportamentais (ansiedade, dor física, etc.), através de duas formas:

- Fornecendo ao indivíduo meios para compreenderem melhor o seu ambiente, este tornar-se-á mais previsível e menos gerador de ansiedade;
- Fornecendo ao indivíduo formas de comunicação, as capacidades de compreensão e expressão permitir-lhe-ão entender melhor os outros e expressar-se de outra forma que não através de distúrbios comportamentais.

Neste programa defende-se uma visão interacionista, conceptualmente mais complexa que o modelo behaviorista, bem como o relativismo do comportamento (o mesmo comportamento poderia ser considerado problema ou não, conforme o contexto em que ocorre, havendo tratamento específico para cada problema de comportamento) e a individualização do tratamento (Vatavuk, 2005).

Habitualmente surge alguma confusão entre os objectivos de um programa como o TEACCH e as abordagens de pura modificação comportamental. O TEACCH, ao contrário do que se possa dizer, implica a existência de uma estratégia individualizada a longo termo para cada criança, estratégia essa que será ajustada continuamente durante a evolução da criança, de acordo com o progresso verificado em cada domínio do desenvolvimento, continuando na idade adulta. É aqui que reside a diferença substancial das modificações comportamentais puras:

ensinar um comportamento específico deixa de ser o principal objectivo do esforço dos professores.

De facto, o mais importante será avaliar a presença das capacidades necessárias à emergência do comportamento, pois se estiverem ausentes estas devem ser ensinadas. Assim, o comportamento apropriado surgirá naturalmente, sendo necessário colocar a criança num ambiente que propicie tal aprendizagem: espaço e tempo estruturados, ensino de métodos que tenham em consideração as diferenças nos estilos de aprendizagem individuais. Apesar deste processo poder ser mais demorado, as capacidades são verdadeiramente aprendidas, o que potencia a sua generalização mais facilmente (UNC, 2005; APPAA, 2005b).

Outra grande diferença entre o TEACCH e a modificação comportamental pura reporta-se ao facto do comportamento indesejável poder ser lidado sem o recurso à modificação comportamental, propiciando ao autista capacidades que lhe permitam compreender o mundo e fazer-se compreender pelos outros. Por outro lado, o modelo de aprendizagem implica parcerias com outros profissionais, técnicos da residência e residentes. O programa vocacional pretende ser algo flexível e variado, como actividades de horticultura, programas de agricultura e panificação (Schopler & Bourgondien, 1991 in Vataavuk, 2005).

É importante salientar que os princípios adoptados pelo TEACCH relativos à natureza e tratamento do autismo têm sido constantemente reavaliados face aos avanços ocorridos (Van Bourgondien & Mesibov, 1989 in Vataavuk, 2005). Os princípios orientadores actuais são:

- O objectivo é promover a adaptação de cada criança melhorando as suas capacidades através de técnicas educacionais e aceitando os défices, planeando estruturas ambientais de compensação.
- É importante o apoio dos pais e de outros membros da família como co-terapeutas, destacando-se a avaliação cuidadosa de cada indivíduo (envolve processos de avaliação formal e informal).
- As teorias cognitivistas e behavioristas são as mais influentes, todavia, sendo um modelo generalista, os profissionais devem deter uma visão holística do problema e das capacidades de cada indivíduo.
- É fundamental que os profissionais que trabalham com autistas recebam capacitação interna em oito áreas: avaliações da criança em diferentes situações; envolvimento dos pais em colaboração com a família; ensino estruturado; manejo de comportamento; desenvolvimento e aquisição de comunicação espontânea; aquisição de capacidades

sociais; promover a área de independência e vocacional; desenvolver capacidades de lazer e recreação.

Em suma, o programa psico-educacional TEACCH destaca-se por defender o envolvimento dos pais, num processo de desenvolvimento tripartido entre a casa, a escola e a comunidade, e pela aposta na manutenção da prioridade do serviço nas áreas de pesquisa, capacitação de profissionais e consciencialização da comunidade.

4.5. Equoterapia

A história da equoterapia remonta à Antiguidade, pois já na Grécia Antiga a equitação era vista como elemento regenerador de saúde, exercitando o corpo e os sentidos. Em 1747, Samuel T. Quermalcz faz a primeira referência literária ao movimento tridimensional do dorso do cavalo: deslocamentos para frente e para trás, para cima e para baixo e para os lados. Tal permite uma grande diversidade de estímulos sensoriais, através da visão, tacto, olfacto e audição, algo que incrementa a consciencialização corporal, o desenvolvimento da força muscular, o aperfeiçoamento da coordenação motora e o equilíbrio (Bastos, Sabato & Marra, 2004; Cristina, 2005; Teixeira, 2005).

O cavalo apresenta uma capacidade impressionante de adaptação a circunstâncias e ambientes invulgares, demonstrando uma grande versatilidade e razoável disposição em submeter-se, dentro de certos limites, ao domínio do homem, mostrando boa vontade em cooperar e às vezes antecipando os desejos do cavaleiro. O cavalo é extremamente sensível, expressando emoções de forma clara e variada, o que facilita a interpretação por parte do ser humano. Podem apontar-se algumas características favoráveis à prática de equoterapia como possuir as três andaduras (passo, trote e galope) suaves, ser de altura mediana, obediente, dócil e não se assustar facilmente, ter mais de cinco anos e ser aprovado por um equitador experiente (Bastos, Sabato & Marra, 2004; Teixeira, 2005).



Desta forma, chegou-se à conclusão de que as pessoas portadoras de deficiências também poderiam beneficiar do trabalho sobre o cavalo, em virtude das suas limitações biopsicossociais. Surge, então, a equoterapia como forma de tratamento complementar às terapias convencionais, assumindo-se como uma abordagem interdisciplinar nas áreas da saúde, educação e equitação. O cavalo é aqui utilizado como

agente promotor de ganhos físicos e psicológicos, e o terapeuta como agente facilitador, onde as formas de socialização são uma constante, potenciando o desenvolvimento da confiança e auto-estima. Na equoterapia são três os programas de actuação (Bastos, Sabato & Marra, 2004; Cristina, 2005):

- Dependência ou hipoterapia, quando o praticante ainda não tem condições físicas e/ou mentais para controlar o cavalo, necessitando de auxílio (a ênfase é colocada na acção dos especialistas da área de saúde e no cavalo).
- Semi-autonomia ou reabilitação-reeducação, quando o praticante tem condições para exercer alguma actuação sobre o cavalo, geralmente montando e apeando sem auxílio; existe equivalência nas acções dos especialistas da educação e da saúde com os da equitação.
- Autonomia ou actividade pré-desportiva, quando o praticante tem boas condições para actuar sobre o cavalo, participando em pequenos exercícios de hipismo, o que o prepara para a reinserção social (ênfase nas acções dos especialistas da área de equitação e o praticante influencia mais o cavalo do que este a ele).

Para que estes programas tenham êxito é necessário que exista uma equipa técnica interdisciplinar que envolva diferentes áreas e aproveite as potencialidades individuais de cada profissional, visando fornecer ao praticante a mais variada gama de técnicas e estímulos. Nos diversos centros de equoterapia já existentes, podem encontrar-se profissionais como: médicos, fisioterapeutas, terapeutas-ocupacionais, professores de educação-física, psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos, equitadores e outros, todos trabalhando para estabelecer as prioridades de actuação dentro da equipa, de acordo com cada caso acompanhado (Bastos, Sabato & Marra, 2004; Teixeira, 2005).

Em suma, a equoterapia pode ser um importante meio terapêutico complementar, com aparentes resultados positivos em vários domínios da patologia autista. Parece-nos, no entanto, que ainda terá um longo caminho a percorrer em virtude de existirem poucos centros especializados para o efeito, necessitar de profissionais e meios específicos e carecer de uma fundamentação empírica mais aprofundada.

4.6. Musicoterapia

Actualmente já existem diversos estudos que demonstram a existência de efeitos positivos e significativos da música e terapia musical no tratamento do autismo (APPAA, 2005e; Grandin, 2005). As técnicas de terapia musical podem ajudar estes indivíduos a serem mais espontâneos na comunicação (Thaut, 1984 in APPAA, 2005e), romper o padrão de isolamento (Baker, 1982, Thaut, 1984, in APPAA, 2005e), reduzir a ecolália (Bruscia, 1982 in APPAA, 2005e), socializarem (Reid, et al., 1975 in APPAA, 2005e) e compreenderem melhor a linguagem (Litchman, 1976 in APPAA, 2005e).

Devido à enorme diversidade encontrada entre os autistas é impossível definir regras universais referentes à aplicação da terapia musical, uma vez que esta, em certa medida, pode criar uma sobrecarga no sistema nervoso e incrementar reacções de auto-estimulação. Todavia, esta técnica pode ser um óptimo complemento de outras abordagens, isto quando praticada por terapeutas devidamente treinados.

O som do instrumento, assim como o seu aspecto visual e táctil, podem auxiliar o autista a compreender melhor os outros, propiciando quantidades inumeráveis de relações que podem ser a chave do êxito da terapia. Uma vez rompida a barreira e estabelecido contacto, o terapeuta musical pode iniciar uma série de experiências estruturadas com o intuito de aumentar a atenção destes indivíduos. Todavia este processo pode ser lento e árduo até, gradualmente, conduzir à aprendizagem de capacidades sociais (APPAA, 2005e).

Por outro lado, incentiva a verbalização e a estimulação dos processos mentais referentes à conceptualização, simbolização e compreensão (Thaut, 1984 in APPAA, 2005e). De facto, é referido que quando os autistas começam a demonstrar intenções comunicativas (verbais ou não verbais) a música pode ser utilizada para motivar a vocalização. Segundo Alvin (1975 in APPAA, 2005e), aprender a tocar um instrumento de sopro pode ser, de alguma forma, equivalente a aprender a vocalizar, auxiliando a utilização dos lábios, da língua, da mandíbula e dos dentes. Também se verifica benéfico o uso de padrões melódicos e rítmicos fortes durante as instruções verbais, tanto na manutenção da atenção como na compreensão da linguagem verbal. A música pode ainda fortalecer laços importantes entre pais e filhos, promovendo um canal de comunicação e um modelo relacional entre ambas as partes.

Foi ainda comprovado que a terapia musical reduz as vocalizações não comunicativas que podem impedir o progresso durante a aprendizagem da linguagem. No seu estudo, Bruscia (1982 in APPAA, 2005e) conseguiu reduzir a ecolália da sua amostra de 95% para 10%, sendo as capacidades obtidas durante a terapia musical generalizadas por outros pacientes.

As técnicas de terapia musical estão direccionadas para a redução de comportamentos patológicos nos autistas nas áreas motoras e de percepção. Neste âmbito, as actividades rítmicas e

musicais podem ser úteis, sendo que Soraci, et al. (1982 in APPAA, 2005e) verificaram empiricamente que estas podem reduzir determinadas condutas estereotipadas.

Assim sendo, revela-se benéfica a utilização de estímulos musicais na motivação das pessoas autistas, induzindo respostas afectivas positivas que podem fomentar a sua participação em actividades de socialização e desenvolvimento da linguagem. Acresce a isto o facto da música poder criar um contexto essencial ao desenvolvimento da curiosidade e do interesse exploratório, aspectos essenciais do processo de reabilitação.

4.7. Terapia Ocupacional

O objectivo terapêutico da terapia ocupacional, de um modo geral, consiste em melhorar as capacidades motoras finas nas actividades da vida diária, como escovar os dentes, comer sozinho, escrever, ou capacidades sensório-motoras que incluem o equilíbrio (sistema vestibular), percepção da posição do corpo no espaço (sistema proprioceptivo) e toque (sistema táctil). Após a identificação de um problema específico, a terapia pode incluir actividades de integração sensorial como massagens e toques (AMA, 2005; APPAA, 2005f). Enfim, a terapia ocupacional visa auxiliar o autista a adaptar-se e a funcionar efectivamente no seu meio físico e social.

Neste âmbito, os especialistas recorrem a tarefas direccionadas para os interesses do indivíduo, articuladas de acordo com a planificação efectuada, num processo com metas e objectivos muito claros, uma metodologia precisa e uma avaliação constante. De um modo geral, o êxito da terapia dependerá da criatividade na procura das actividades mais adequadas, podendo associar-se tarefas laborais ou actividades desportivas, visando o desenvolvimento de uma auto-estima positiva, sociabilidade, destreza e capacidades físicas (APPAA, 2005f; Rivy, 1987).

Destacam-se ainda as diferentes formas de arte como a música, arte plástica, canto, dança, etc., que proporcionam inúmeras oportunidades de desenvolvimento e auto-conhecimento. É de salientar também algumas actividades mais variadas como a culinária, que não só propiciam uma oportunidade excelente de aplicação da criatividade, como podem constituir uma saída profissional futura. Isto porque não devem ser descurados os objectivos económicos, na medida em que a terapia ocupacional pode permitir aos autistas conquistar a sua autonomia económica, incrementando a sua auto-valorização (APPAA, 2005f; Rivy, 1987).

Para Rivy (1987) distinguem-se dois tipos de actividades profissionais em trabalho protegido: o trabalho ocupacional e o trabalho assalariado. Este autor fala-nos da sua experiência num Centro de Apoio pelo Trabalho aberto em 1984, em França, onde um terço dos

trabalhadores são autistas. Sendo uma organização cooperativa artesanal, apresenta diversas possibilidades de acordo com os gostos pessoais e capacidades de cada indivíduo: costura, marcenaria, criação de gado, encadernação e horticultura. A oficina é um local privilegiado de socialização, gestão de conflitos, desenvolvimento de criatividade e autonomia.

Em suma, a terapia ocupacional pode ser um método muito válido no que concerne ao desenvolvimento de capacidades no indivíduo autista, requerendo para isso actividades adequadas e técnicos especializados.

Em jeito de conclusão, pode afirmar-se que “Os principais objectivos na intervenção com crianças com autismo consistem em melhorar as suas capacidades, tornando-as mais competentes e funcionais, e em adaptar o meio ambiente, tornando-o mais estruturado de modo a facilitar a orientação, assimilação e acomodação da informação, possibilitando uma cada vez maior inclusão social.” (Marques, 2002, p.104).

No domínio da intervenção na Perturbação Autista é possível encontrar diversas técnicas, abordagens e programas, todos eles fornecendo um contributo importante para esta problemática. A sua escolha deve ser ponderada caso a caso, segundo as capacidades, desejos e interesses do autista, nunca negligenciando o papel dos pais como co-terapeutas.

5. INTEGRAÇÃO

Em 1972, Wolfensberger descreveu os aspectos centrais do "Princípio da normalização", defendendo que os programas para as pessoas com deficiência deveriam desenrolar-se num meio o mais normal possível e inseridos na comunidade. Assim, integrar as crianças deficientes em situações de sala de aula regular seria obrigatório (Mesibov, 1976 in Pereira, 1996).

“O lugar respectivo da escola e das suas pedopsiquiatrias não é hoje em dia fácil de definir, mesmo assim, teoricamente, os relatórios com as equipas de ensino devem ser intercâmbios enriquecedores, consolidando a opção terapêutica da criança.” (Epelbaum, 1995, p.304).

Neste âmbito, Pereira (1996) faz uma resenha sobre os principais sistemas de enquadramento, apontando quatro sistemas principais. O primeiro a ser usado, e ainda hoje existirá em determinadas associações e entidades, defende zonas de residência, terapêuticas e laborais integradas ou inseridas na comunidade sub-urbana, podendo distar vários quilómetros. O

contacto com a comunidade é ocasional, relativamente aos diversos tipos de serviços e áreas de lazer, pelo que estas pessoas viverão isoladas num espaço/tempo autónomo e num meio muito restritivo.

O segundo modelo pretende a "normalização normativa", defendendo que os locais básicos de apoio aos autistas são as "escolas públicas", inclusivamente nos casos de graves atrasos do desenvolvimento. Destacam-se pela existência de zonas de residência, terapêuticas e laborais integradas ou inseridas na comunidade urbana (os autistas passam parte do seu dia nas escolas públicas). O contacto com as outras pessoas estabelece-se nas melhores condições, sendo que os autistas vivem num espaço/tempo oscilante entre um meio o menos restritivo possível e o meio dito normal.

O terceiro modelo procura criar um ambiente protegido, embora existam contactos frequentes com a comunidade urbana. Os lares residenciais nestas unidades podem não ser contíguos aos centros terapêuticos, escolas especiais, e mesmo estes podem estar nos limites ou subúrbios da comunidade urbana. Aqui, as zonas de residência, terapêutica e de labor, situam-se junto ou anexas à comunidade urbana. Os contactos são o mais frequente possível, sendo versátil a oferta de serviços de natureza protegida e o menos restritivos possível.

Por último, o quarto modelo tem vindo a destacar-se por oferecer o melhor enquadramento em função de cada caso (os casos de mais difícil contacto com a comunidade urbana são apoiados pela escola especial, existindo programas de inserção na comunidade; os restantes casos são preparados na escola especial e depois transitam para os outros meios - escola pública; colocação numa zona híbrida, de acompanhamento terapêutico e laboral, para outros casos). Defende-se que todos devem beneficiar de preparação pela escola especial e só depois entrarão no mundo escolar e de integração sócio-laboral, já com os pré-requisitos necessários. Aqui, os indivíduos oscilam num ambiente que contém uma variedade protegida de "meios", com as menores restrições possíveis, em função de cada caso, assim como num meio, "o mais comunitário possível" (Pereira, 1996).

Epelbaum (1995) refere a importância dos centros terapêuticos de recepção em tempo parcial, onde o sigilo é essencial para que se trabalhe de modo eficaz com as famílias. Nestas instituições o processo terapêutico apoia-se em cinco pilares: coerência, preservação da complementaridade, organização de intercâmbios que impliquem prazer, respeito pelo narcisismo de cada um dos participantes e utilização da diversidade das suas funções.

No que concerne à especificidade dos autistas, o problema da integração/normalização é ainda mais complexo, em virtude das dificuldades comportamentais e necessidades específicas de instrução, ensino, materiais e meios ambientes favoráveis. A controvérsia instalou-se entre teóricos, educadores, terapeutas e clínicos, visto alguns defenderem a integração apenas quando controlada de modo

adequado, enquanto outros presumem que a integração não é possível (mas reconhecem a importância de espaços de "inserção" o mais normalizados possíveis).

Segundo Lettick (1979 in Pereira, 1996), nos autistas severamente perturbados a integração é altamente questionável, por apoiar-se numa satisfação e consciencialização de participação na vida comunitária que estará ausente na maioria dos autistas graves. Segundo este mesmo autor é o meio protegido, não a integração, que se torna o meio o menos restritivo possível para os autistas com graves perturbações do desenvolvimento.

Botbol (1995) refere a elaboração de um projecto diferente: a criação de uma classe integrada num grupo escolar normal, dependendo de um hospital diurno e destinada à recepção precoce de crianças autistas e psicóticas que recebam tratamentos psiquiátricos. Os objectivos deste projecto incluíam manter uma inscrição plural destas crianças, favorecer o trabalho com a família, promover a integração escolar e pedagógica, encontrando uma solução positiva de intervenção precoce nestas crianças.

Hochmann (1987) apresenta-nos um projecto semelhante, tendo organizado uma classe integrada numa escola vizinha do centro médico-pedagógico, formada por 9 crianças (2 são autistas) dos 6 aos 13 anos. Todas as crianças recebiam cuidados individuais e em grupo, frequentando a maioria simultaneamente uma classe "normal" da sua idade dentro do mesmo grupo escolar.

Para Hochmann "Muitas das 'integrações escolares bem sucedidas' de crianças autistas nada mais são do que esta formação de compromisso entre os desejos dos pais de verem o filho ir à escola, como todos os outros, dos professores de mostrar a sua tolerância – e às vezes heroísmo – e das outras crianças de ter ao seu lado uma espécie de manifestação evidente e repulsiva da loucura, que os tranquiliza na sua normalidade." (1987, p.34).

Por sua vez, Lenoble, Studer e Durand (1995) reforçam a distinção entre os centros terapêuticos de recepção em tempo parcial e a recepção destas crianças em turmas integradas, referindo que desta discussão e articulação dinâmica resultam algumas possibilidades interessantes de evolução tanto a nível terapêutico como escolar.

Um dos maiores desafios do processo de normalização/integração/inserção é o de aferir como estes meios integrativos podem ajudar os autistas, devendo ser avaliados sistematicamente: meios de integração, competências dos técnicos, atitudes do pessoal dos quadros das escolas, atitudes dos colegas e ambientes adaptados. A eficácia da decisão deve basear-se nos dados do progresso individual, escolhendo-se o programa que for mais eficiente. A defesa desta posição opõe-se à integração pela via normativa na linha de Wolfensberger, que determina previamente a eficácia do processo de normalização (Pereira, 1996; Aarons & Gittens, 1992).

Em suma, como refere Pereira “Criar os melhores enquadramentos exige um esforço muito grande, principalmente aos técnicos e pais e à sociedade de um modo geral; o grande objectivo, no respeito pelo bem-estar e pelos direitos que têm estas pessoas, obriga a melhorar as ideias existentes e a criar meios onde se sintam felizes; não necessariamente meios onde os vejamos junto a outras pessoas.” (1996, p. 122).

Ou seja, as intervenções no domínio da pessoa autista procuram abordar os diversos aspectos do seu desenvolvimento global. Neste âmbito têm sido propostas diferentes medidas, desde integrações em comunidades terapêuticas suburbanas, a integrações transitórias escolares no ensino público, à criação de escolas especiais facilitadoras de uma melhor preparação para a futura integração urbana, e em último recurso e sempre para situações excepcionais, a "institucionalização" (Pereira, 1996).

6. CONCLUSÃO

Nos últimos anos, diferentes formas e filosofias de abordagem, compreensão e tratamento surgiram desde que o autismo foi descrito pela primeira vez em 1943. Este trabalho procura fazer uma revisão bibliográfica do assunto, destacando as principais perspectivas sobre a etiologia do autismo, bem como os meios de diagnóstico, avaliação e intervenção mais utilizados e proeminentes.

As diversas linhas de investigação actuais parecem sugerir uma etiologia multifactorial do autismo, com intervenção tanto de factores genéticos e ambientais, como de factores psicológicos e biológicos.

Por sua vez, o diagnóstico do autismo parece assentar em três princípios fundamentais: limitação da interacção social, da comunicação e a nível cognitivo. No entanto, existe toda uma panóplia de comportamentos e situações que podem ser concomitantes com a Perturbação Autista, algo que dificulta o diagnóstico. É importante proceder a uma avaliação rigorosa de cada indivíduo, discernindo o essencial do acessório, pelo que, neste âmbito, o diagnóstico diferencial pode ser fulcral.

As abordagens educacionais actualmente realizadas têm a finalidade de melhorar o desempenho, as capacidades individuais e desenvolver a adaptação dessas crianças ao ambiente. Para isso diferentes procedimentos são adoptados, como a terapia comportamental, a reeducação

dos pais para a aceitação dos deficits da criança, terapias de diálogo e linguagem (como o PECS), terapia ocupacional, programas psico-educacionais como o TEACCH, equoterapia, musicoterapia, entre outros.

Apesar da dificuldade de avaliação dos benefícios individuais de cada tipo de tratamento, os resultados finais têm sido bastante satisfatórios. Contudo, esses indivíduos devem ser periodicamente reavaliados para possíveis adaptações na direcção do tratamento ao longo do tempo, conforme a necessidade de cada um.

Concomitantemente, assiste-se a uma variedade de programas de integração que permitem que os autistas vivam em comunidade, uns em tempo parcial, outros a tempo inteiro, sendo propostos vários modelos, de acordo com as especificidades de cada criança e com os modelos teóricos defendidos.

BIBLIOGRAFIA

- Aarons, M., & Gittens, T. (1992). *The handbook of autism: a guide for parents and professionals*. London: Routledge.
- Alves, A. (2001). Autismo: um olhar diferente. *Pais & Filhos*, 121, 65-68.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- AMA (2005). *Associação Mão Amiga: Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas*. Consultado em 2/06/2005, em <www.maoamiga.org>.
- APPAA (2005a). *PECCS*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.org>.
- APPAA (2005b). *TEACCH*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.org>.
- APPAA (2005c). *Terapia de Modificación de Conducta*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.org>.
- APPAA (2005d). *Terapia de Lenguaje*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.org>.
- APPAA (2005e). *Musicoterapia*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.org>.
- APPAA (2005f). *Terapia Ocupacional*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.org>.
- APPAA (2005g). *Tomatis*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.org>.
- Assumpção, F., & Pimentel, A. (2000). Autismo Infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22. Consultado em 20/04/2005, <http_users_pandora.htm>.
- Ballone, GJ (2002). *Autismo Infantil*. Consultado em 15/03/05, <www.psiqweb.med.br/infantil/autismo>.
- Baron-Cohen (1999). *Teaching children with autism to mind-read – a practical guide*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Baron-Cohen, S. (1990) Autismo: uma alteração cognitiva específica de “cegueira mental”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 407-430.
- Barthelemy, C., & Lelord, G. (1987). As perspectivas da Investigação. *Margem*, 52-53-54, 20-22.
- Bastos, J., Sabato, L., & Marra, S. (2004). *Equoterapia com Autistas*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo-br.com.br>.

Borges, F. (2000). *Autismo – Um silêncio ruidoso. Perspectiva empírica sobre o autismo no sistema regular do ensino*. Consultado em 2/06/2005, <www.educare.pt/BibliotecaDigitalPE/Monografia_Monografia_FatimaBorges_x.pdf>.

Bosa, & Callias (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia Reflexiva Crítica*, 13, 167-177.

Braunwald, E., et al. (1988). *Medicina Interna: Harrison. 11ª ed.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Buzaré, A. (1999). L'autisme et la psychose à travers les âges: l'enfant, l'adolescent, l'adulte. *L'Information Psychiatrique*, 5, 75, 529-532.

Candeias, M. (1993). Autismo: sinais precoces. *Fórum Sociológico*, 3, 25-31.

Costa, M., & Nunesmaia, H. (1998). Genetic and clinical diagnosis of infantile autism. *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*, 1, 56, 24-31.

Cristina, R. (2005). *Equoterapia*. Consultado em 2/06/2005, <www.acesa.com>.

Duarte, C., Bordin, I. & Jensen, P. (2001). Abordagem Clínica sobre mães de crianças autistas. Consultado em 2/06/2005, <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu4_06.htm>.

Epelbaum (1995). Collaboration avec l'école : la dimension du secret. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 43 (7-8), 304-312.

Falcão, R. (1999). As particularidades das pessoas com autismo. *Integrar*, 17, 60-65.

Frith, U. (1996). *Autism: explaining the enigma*. Oxford, UK: Blackwell.

Gepner, B. (1997). La «communication facilitée»: présentation d'une méthodologie destinée à tester son efficacité thérapeutique chez les personnes autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45 (7-8), 429-431.

Gillberg, C., Nordin, V., & Ehlén S. (1996). O diagnóstico precoce do autismo. Instrumentos diagnósticos para clínicos. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 67-74.

Golse, B., Haag, G., & Bullinger, A. (2000). Autisme, psychanalyse et cognition: trois exemples de convergence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 8, 48, 427-431.

Granboulan, V., & Rossi, J. (1997). L'apport du connexionnisme à la modélisation cognitiviste de la pathologie mentale application à l'autisme. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45 (7-8), 371-376.

Grandin, T. (2005). *An Inside View of Autism*. Consultado em 2/06/2005, <www.teacch.com>.

- Gremy, F. (1987). Nem culpados... Nem infalíveis. *Margem*, 52-53-54, 23-25.
- Hameury, L., et al. (1990). Autismo do Lactente e da Criança. *Jornal do Médico*, 2384, 129, 597-598.
- Jerusalinsky, A. (1984). *Psicanálise do Autismo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kuperstein, A., & Missalgia V. (2005). *Autismo*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.com.br>.
- Lippi, J. (2005). *Autismo e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – Revisão histórica do conceito, diagnóstico e classificação*. Consultado em 2/06/2005, <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/autismo.html>>.
- Marques, C. (1998). *Perturbações do espectro do Autismo: ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Marques, M. (1993). Autismo e Solidão. *Pais & Filhos*, 34, p. 62.
- Marques, T. (2002). Autismo: que intervenção? *Cidade Solidária*, 8, 99-104.
- Messias, M. (1995). *Reflexões sobre o autismo no âmbito da psicopatologia infantil*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Okemba-NGoute, P. (1993). Aspects biocliniques de l'autisme. *L'Information Psychiatrique*, 9, 848-853.
- Pereira, E. (1990). Perspectiva comportamental-analítica na terapia do autismo infantil. *Jornal de Psicologia*, 9 (3), 11-15.
- Pereira, E. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pereira, E. (1999). *Autismo: o significado como processo central*. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Powell, S., & Jordan, R. (1997). *Autism and Learning: a guide to good practice*. London: David Fulton.
- Quinhones-Levy, P. (2004). Saúde e Qualidade de Vida. APPDA Lisboa. Consultado em 2/06/2005, <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/autismo.html>>.
- Rivy, B. (1987). Autismo e Trabalho. *Margem*, 52-53-54, 36-38.

Roncon, P. (2003). Abordagens Familiares face ao autismo. *Análise Psicológica*, 1, XXI, 53-57.

Sibertin-Blanc, D., Krivopissko, D., & Casset, M. (1993). Traiter sans fin l'enfant autiste. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 7, 398-403.

Teixeira, A. (2005). *Equoterapia: a cura através do cavalo*. Consultado em 2/06/2005, <www.horseonline.com.br/equoterapiaremediocavalo.htm>.

Tomkiewicz, S. (1987). O Autismo 1987. *Margem*, 52-53-54, 13-14.

UNC (2005). *TEACCH*. Consultado em 2/06/2005, <www.teacch.com/teacch_o.htm>.

Valentin, M. (1999). *Autismo Infantil: "O enigma da Esfinge"*. Consultado em 2/06/2005, <http://www.autistas.org/monografia_mv.html>.

Vatavuk, M. (1999). *Autismo: Ensinando Educação Física e indicando exercícios em situações estruturadas num contexto comunicativo: foco na integração social*. Consultado em 2/06/2005, <www.autismo.com.br/home/E-fisio.htm>.

Vatavuk, M. (2005). *Método TEACCH*. Consultado em 2/06/2005, <<http://www.ama.org.br/teacch.htm>>.

Villard, R., et al. (1987). *Psychoses at autisme de l'enfant: clinique et traitement*. Paris: Mason.

W., M. (1987). Abordagens teóricas e terapêuticas. *Margem*, 52-53-54, 26.

Zulueta, F. (1998). El niño autista. Consultado em 2/06/2005, <<http://es.geocities.com/sindromedeasperger/informe/articulos/100.htm>>.