UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PEDAGOGIA

TCC/UNICAMP
C337d
1290003863 1290003863/FE

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA AUTISTA DE 3 A 6 ANOS

MARINA DE GODOY CERVANTES

Orientador: Profª Drª Orly Zucatto Mantovani de Assis

CAMPINAS
2008

UNICAMP - FE - BIBLIOTECA

© by Marina de Godoy Cervantes, 2008.

UNIDADE: FE
Nº CHAMADA: TCC/UNICAMP
C337d
V:.....EX:.....
TOMBO: 3863
PROC.: 148/09
C:.....D: X
PREÇO: 11,00
DATA: 02/04/09
Nº CPD:.....

cod 111 437262

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Educação/UNICAMP

Cervantes, Marina de Godoy
C337d O desenvolvimento cognitivo da criança autista de 3 a 6 anos / Marina de Godoy Cervantes. -- Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientador : Orly Zucatto Mantovani de Assis.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Desenvolvimento cognitivo. 2. Crianças autistas. 3. Cognição. 4. Autismo. I. Assis, Orly Zucatto Mantovani. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

08-562-BFE

MARINA DE GODOY CERVANTES

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA AUTISTA DE 3 A 6 ANOS

Monografia apresentada à diretoria do curso de graduação da Universidade Estadual de Campinas como requisito parcial para a obtenção do título de Licenciatura em Pedagogia, sob a orientação da Professora Orly Zucatto Mantovani de Assis.

CAMPINAS
2008

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA AUTISTA DE 3 A 6 ANOS

MARINA DE GODOY CERVANTES

Aprovada em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

_____

Professora Orly Zucatto Mantovani de Assis
UNICAMP

CONCEITO FINAL: _____

Agradeço à minha mãe pela inestimável dedicação em todo o caminho percorrido até aqui, agradeço ao meu pai pela total confiança em mim depositada e pelo seu nobre exemplo como pessoa, agradeço à minha irmã pelo amor insubstituível e agradeço todas as pessoas que estiveram ao meu lado nessa memorável jornada.

"A melhor coisa que você pode dar às crianças, depois de bons hábitos, são boas lembranças."

Sydney J. Harris

RESUMO

O presente trabalho evidencia e estuda de forma aprofundada questões tangentes ao autismo, mormente focalizado o autismo infantil. Notadamente, o transtorno autístico consiste em compilado de sintomas, características e peculiaridades que em conjunto podem ser resumidas com a palavra isolamento. Isolamento do mundo exterior, ausência ou supressão incisiva de comunicação, prejuízos de ordem social, relacional, cognitiva podem ser notados em crianças autistas.

De contornos tão definidos quanto o próprio autismo, as formas e meios medicamentoso-terapêuticos, as metodologias de treinamento e aprendizagem do autista, as práticas incentivadoras para seu desenvolvimento comunicativo são evidentes na contemporaneidade, dependendo, porém, para seu uso efetivo, de correto e minucioso diagnóstico da síndrome, entrave comum na trajetória da definitiva descoberta em relação ao autismo. Entretanto, após equivalente aferição, o autismo infantil vem sendo tratado de forma correlata e potencial para melhorias significativas a médio e longo prazo, especialmente em relação ao proficiente desenvolvimento cognitivo da criança autista, ser cujo potencial funcional pode revelar-se surpreendente.

Palavras-chave: Autismo infantil; desenvolvimento da criança autista, cognição da criança autista, tratamento do autismo.

ABSTRACT

The present work evidences and studies of deepened form tangent questions to the autism mainly focused in the infantile autism. Clearly, the autistic upheaval consists in compiled of symptoms, characteristics and peculiarities that in set can be summarized with the word isolation. Isolation of the exterior world, absence or incisive suppression of communication, damages of social, relation, of cognition order can be noticed in autistic children.

Of contours so defined how much the proper autism, the medicine-therapeutical forms and ways, the methodologies of training and learning autistic it, the practical relative for its communicative development are forceful in the currently, depending, however, for its effective use, of correct and minute diagnosis of the syndrome, common impediment in the trajectory of the definitive discovery in relation to the autism. However, after equivalent gauging, the infantile autism comes being treat to form adjusted and potential for significant improvements the medium and long run, especially in relation to the proficient of cognition development of the autistic child, being whose functional potential can show surprising.

Key-words: Infantile Autism; development of the autistic child, cognition of the autistic child, autism treatment.

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Sintomas e características comportamentais da criança autista 29
FIGURA 2 – Estágios de desenvolvimento da criança, segundo Jean Piaget 34
FIGURA 3 – Elevated square (quadro elevado) do método Miller 40

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Prevalência de distúrbios neurológicos 19
TABELA 2 – Critérios diagnósticos para distúrbio autista (DSM-IV 1994).....21
TABELA 3 – Subgrupos do DSM-IV para transtornos invasivos do desenvolvimento.....21
TABELA 4 – Critérios diagnósticos para a síndrome de Asperger 22
TABELA 5 – Critérios diagnósticos para transtorno desintegrativo da infância.....23
TABELA 6 – Características clínicas de crianças autistas, dos três aos seis anos 37

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10
CAPÍTULO I - TRAÇANDO UM PRÓLOGO ACERCA DO AUTISMO INFANTIL, SUAS CARACTERÍSTICAS, CONCEITUAÇÕES E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS 12
1.1. Caracteres sintomáticos do autismo: o elenco dos principais prejuízos correlatos ao transtorno 14
1.1.1. O prejuízo da linguagem nos casos autísticos infantis 15
1.1.2. O prejuízo na interação social nos casos autísticos infantis 17
1.2. O diagnóstico do autismo: aferição precoce para intervenção terapêutica correlata e direcionada 19
1.3. O autismo e as intervenções terapêuticas adequadas: uma visão multidisciplinar. 24
1.3.1. Farmacoterapia e autismo 26
1.4. Breve síntese sobre o autismo infantil: um consenso majoritário dentre as formas, contornos e manifestações tácitas 29
CAPÍTULO II - A COGNIÇÃO INFANTIL: CONCEITUAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E PROGRESSÃO FRENTE AO CONHECIMENTO INTERIOR E EXTERIOR AO INDIVÍDUO 32
CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA AUTISTA ENTRE 3 E 6 ANOS: O TUDO QUE É FACTUALMENTE, E O TUDO QUE SE PODE ALCANÇAR EFETIVAMENTE 37
CONCLUSÃO 44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 46

INTRODUÇÃO

O autismo, característico distúrbio que afeta os setores de comunicação, linguagem, afetividade, sociabilidade, cognição, dentre outros correlatos, consigna síndrome de marcante descoberta, inicialmente insculpida e disposta em forma literária pelo psiquiatra americano Leo Kanner, no ano de 1943. Em 1981, Lorna Wing trouxe para língua inglesa tal produção textual, inserindo-a efetivamente no conhecimento público mundial, fato que inicializou uma série de estudos e pesquisas, a título de compleição e aprofundamento sobre o transtorno.

Novas teorias e proposições passaram a mergulhar nas proporções, causalidades, níveis, escalas de profundidade, extensão e pormenoridades autísticas, deflagrando formas e métodos de manejo e tratamento para a síndrome, o que tem sucessivamente, marcado melhorias nas condições dos portadores do transtorno.

Quando de seu nascimento, e nos momentos iniciais de vida, a criança autista assemelha-se a qualquer outra, no entanto, com o passar dos meses, pequenos caracteres expandem-se de forma a preencher lacunas que caracterizam sua condição, onde o diagnóstico efetivo costuma realizar-se por volta dos três anos, período onde as discrepâncias e diferenças em relação às crianças normais tornam-se, enfim, absolutamente identificáveis.

Preteritamente, o manejo e auxílio terapêutico-medicamentoso aplicado ao autismo realizava-se de forma muito restrita, o que com o passar dos anos, e, mediante incursões e estudos relativos ao tema, melhorou consistentemente. Contemporaneamente, uma gama diversificada de conclusões e indicações por parte de especialistas propõe traçados totalmente adequados, convenientes e proficientes no tratamento e potenciação dos níveis relacionais, comunicativos e cognitivos da criança autista – proposições que resultam em adultos portadores da síndrome, absolutamente funcionais.

Para tal, um efetivo adiantamento e proporcional aferição dos sintomas e características do autismo são providenciais. Quanto mais cedo e quanto mais exímio o diagnóstico, maiores são as possibilidades de empreender tratamento precoce, que frutifica ótimos resultados a médio e longo prazo. Confusões e desorientação nesse sentido, porém, são comuns, mormente se vislumbrado o compêndio de síndromes cujos sintomas assemelham-se aos do autismo. Nesse sentido, para efetivo acerto, os dados clínicos e o atendimento à criança autista devem ser realizados por equipe multidisciplinar.

Hodiernamente, tratamentos medicamentoso-terapêuticos têm sido aplicados com sucesso, e conjuntamente atuando junto ao portador do transtorno autístico, têm conseguido

proporcionar absolutamente melhores patamares de vida, aprendizado e relacionamento do autista com o mundo circundante, afastando-o também das estereotipias e angústias comuns à própria síndrome.

A criança autista, de três a seis anos especialmente, merece constante e direcionada atenção, trato e metodologias diferenciadas de aprendizado, observando-se a necessidade de aproveitamento de seus potenciais, e progressão a estados plenos de alta funcionalidade, o que se perpetua ao longo de sua vida.

Sobre o autismo infantil, suas características, sintomas, peculiaridades, tratamentos, interações medicamentosas e terapêuticas em geral, especialmente focalizando o desenvolvimento cognitivo da criança portadora do transtorno; o presente trabalho mostra um enfoque profundo, analítico e diferenciado.

CAPÍTULO I – TRAÇANDO UM PRÓLOGO ACERCA DO AUTISMO INFANTIL, SUAS CARACTERÍSTICAS, CONCEITUAÇÕES E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

> "O conceito de autismo é um conceito, ainda nos dias de hoje, de contorno bastante impreciso, imprecisão esta que pode se dar em diferentes níveis. Por um lado, quanto às características comportamentais, podemos encontrar, diagnosticadas como autistas, crianças que falam e outras que não falam; crianças com pouco ou nenhum tipo de contato social e outras com um tipo bizarro de relacionamento; crianças com deficiência mental e outras com um nível de desenvolvimento adequado para sua idade."
> (Lampreia, 2004, p. 111)

Oriundo da expressão originariamente grega "*autós*", cujo significado correlaciona-se a algo similar à "de si mesmo", o autismo foi postulado em suas primeiras formas no ano de 1906 por Plouller, no âmago da literatura psiquiátrica. No entanto, somente em 1911, Bleuler principiou disseminação do termo "autismo" para delimitar um quadro de esquizofrenia que se revela na limitação das relações humanas com o mundo exterior.

O psiquiatra americano Leo Kanner, cujas práticas laborais eram fixadas em Baltimore, no ano de 1943 realizou registro acerca de um grupo de onze casos clínicos de crianças, insculpido em obra literária a qual denominou como "*Autistic Disturbances .of Affective Contact*", isto é, "Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo". Tais crianças apresentavam quadro constante caracterizado por inabilidade no relacionamento com outras pessoas e situações, desde os momentos mais tênues de suas vidas (contundente isolamento), revelando ainda, falha na utilização de linguagem comunicativa e desejo exacerbado ansioso para o cultivo e manutenção da mesmice.

De acordo com Kanner, o autismo tinha causa sediada em pais altamente intelectuais, indivíduos emocionalmente frios e dotados de pouco ou nenhum interesse nas relações humanas infantis.

No ano de 1944, Hans Asperger, pediatra de nacionalidade russa, na cidade de Viena descreveu crianças com dificuldades de integração social em meio aos grupos, atribuindo tal condição à nomenclatura "Psicopatia Autística", no intento de fixar o caráter estável do transtorno. As crianças estudadas tinham prejuízo social transparente, assemelhando-se àquelas descritas nos registros de Kanner, apresentando, porém, linguagem bastante preservada, parecendo mais inteligentes. No entanto, de acordo com os registros de Asperger

tais crianças diferenciavam-se das crianças autistas ao passo que não eram tão perturbadas, demonstrando habilidades especiais, desenvolvendo fala fortemente gramatical em tenra idade, não apresentando ainda, sintomas em período anterior aos três anos, e, tendo um prognóstico positivo.

A produção literária de Kanner ficou publicamente conhecida, enquanto o registro textual de Asperger, grafado em alemão, foi somente transcrito para a língua inglesa através de Lorna Wing, no ano de 1981. Sobre as mensurações de Wing, Klin (2006) menciona que:

> "O trabalho de Asperger, publicado originalmente em alemão, tornou-se amplamente conhecido no mundo anglófono somente em 1981, quando Lorna Wing publicou uma série de casos apresentando sintomas similares. Sua codificação da síndrome, no entanto, descaracterizou um pouco as diferenças entre as descrições de Kanner e Asperger, pois incluiu um pequeno número de meninas e crianças com retardo mental leve, bem como de algumas crianças que tinham apresentado alguns atrasos de linguagem nos primeiros anos de vida. Desde então, vários estudos tentaram validar a SA como distinta do autismo sem retardo mental, ainda que a comparação dos achados esteja sendo difícil devido à falta de consenso para os critérios diagnósticos da condição."
>
> (Klin, 2006, s.9)

Nesse mesmo bojo, é importante fixar que o transtorno de Asperger difere do autismo, mormente, pelo fato de que não é acompanhado por retardo ou dificuldades com a linguagem, ou mesmo da desenvoltura cognitiva.

A diferença mais maciça entre um portador de autismo de alto funcionamento e um portador do transtorno de Asperger é que, aquele com autismo detêm QI executivo maior que o verbal e déficit na aquisição da linguagem. Em termos de prática clínica tal distinção representará irrelevante diferencial, visto que o tratamento é fundamentalmente o mesmo.

Faz-se importante enfatizar que alguns dos ditames da publicação originária de Kanner, como a frieza afetiva de antecedentes (especialmente a mãe), de a inteligência das crianças ser normal e de não existir co-morbidade, com estudos evolutivos, tornaram-se obsoletas e tidas como errôneas.

Com a progressão dos estudos científicos, obteve-se consenso de que o autismo não consigna distúrbio de fundo afetivo, mas especificamente um distúrbio do desenvolvimento.

Em 76, Lorna Wing postulou que os indivíduos autistas caracterizam-se por déficits especialmente alocados em três áreas: socialização, comunicação e imaginação; mensuração esta que ficou conhecida como "Tríade de Wing".

UNICAMP - FE - BIB

1.1. Caracteres sintomáticos do autismo: o elenco dos principais prejuízos correlatos ao transtorno

> "Outro nível de imprecisão do conceito envolve diferentes concepções de autismo em termos de enfoque teórico - desenvolvimentista ou cognitivista - que invocam diferentes prejuízos primários - social ou linguagem, por exemplo. Segundo a visão cognitivista, o prejuízo primário no autismo deve ser encontrado em um dos diversos módulos da mente. No passado, esta visão considerou que o módulo afetado era principalmente o da linguagem, enquanto que, nos dias atuais, predomina a idéia de que o módulo responsável pela teoria da mente é que está prejudicado. Segundo a visão desenvolvimentista, o quadro autístico se deve a um desvio do desenvolvimento que tem em sua origem um ou diversos transtornos de cunho biológico, ainda não esclarecidos, que afetam basicamente a afetividade e capacidade geral de relacionamento social, impedindo assim o desenvolvimento de forma típica."
>
> (Lampreia, 2004, p.111)

Destarte à oposição teórica que leva alguns estudiosos a divergirem sobre o tópico de maior desordem/prejuízo nos portadores do autismo, um importante consenso, especialmente na contemporaneidade, lança mão da observância nas várias discrepâncias e caracteres, quando da busca pelo conveniente diagnóstico autista.

Sabendo-se um diagnóstico precoce, ainda item de majoração para as possibilidades bem sucedidas de tratamento terapêutico, se faz mister empreender esforços na observação, notação e correta descrição dos sintomas apresentados pelo paciente, intencionando tornar proficientes, as suas chances de receber e responder ao tratamento de forma otimista.

Apenas a título de mensuração, evidencia-se que no limiar dos anos 70/80, um intenso debate surgiu em meio à classe médico-acadêmica no sentido de elencar a espécie de prejuízo mais primário do autismo, onde como resultante, prevaleceram dois posicionamentos notadamente opostos. No primeiro, flamejava a defesa do prejuízo no relacionamento social do autista, o que prejudicaria seu desenvolvimento de linguagem. No segundo, figurava a defesa da existência de problema básico na área da linguagem, o que resultaria em déficit na interação social.

Clarificando que tal debate não existe mais, de forma tão premente como em outrora; na atualidade, importa, mormente, elencar processos observatórios que englobem todos os recursos e visões (cognitivistas, desenvolvimentista) na máxima de prover efetiva elucidação dos casos de autismo, sua respectiva identificação e oportunidade para tratamento efetivo,

abandonando efetivamente estados de dúvida ou protelamento no que concerne à definitiva verificação, da existência ou não do transtorno.

Nesses termos, aqui elencados, estarão presentes os principais caracteres que ilustram os casos efetivos do autismo, não classificados sob sua ótica, se desenvolvimentista, ou cognitivista, mormente, em hipótese de identificação elementar do transtorno.

1.1.1. O prejuízo da linguagem nos casos autísticos infantis

> "Quatro critérios definidores de "Prejuízo qualitativo na comunicação" incluem atrasos no desenvolvimento da linguagem verbal, não acompanhados por uma tentativa de compensação por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gesticulação em indivíduos não-verbais; prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação com os demais (em indivíduos que falam); uso estereotipado e repetitivo da linguagem; e falta de brincadeiras de faz-de-conta ou de imitação social (em maior grau do que seria esperado para o nível cognitivo geral daquela criança)."
>
> (Klin, 2006, s. 5)

De forma tácita e expressiva, crianças autistas, aproximadamente em torno de 50% nunca utilizam-se da fala e aquelas que utilizam apresentam marcantes anormalidades. Os déficits nas habilidades lingüísticas e pré-lingüísticas do autismo englobam não somente atraso, mas, essencialmente, um desvio na rota do desenvolvimento. No autismo, o desenvolver das habilidades lingüísticas difere fortemente do desenvolvimento das crianças classificadas "normais", bem como daquelas que apresentam discrepâncias da linguagem.

O prejuízo lingüístico concernente ao autismo resume problemas na comunicação não-verbal, simbólicos, e fala, bem como discrepâncias pragmáticas. São encontradas falhas nas habilidades que antecedem a linguagem (como o balbucio, a imitação, o uso efetivo de objetos e o jogo simbólico). Figuram também falhas na capacidade de compreensão da fala, ausência de gestos, de mímica e do apontar.

Normalmente, no primeiro ano de vida, crianças "normais" assimilam e procedem às formas de comunicação não-verbais, por intermédio do contato ocular, sucintas vocalizações e procedimentos pré-lingüísticos. Já aquelas portadoras do transtorno autístico apresentariam padrão desordenado no desenvolvimento da comunicação, com deficiência no uso e na compreensão das formas não-verbais comunicativas, bem como nível suprimido de práticas comunicativas não-verbais, ou seja, uso diminuído de contato ocular, apontar e mostrar objetos e elementos do mundo exterior. Crianças portadoras do autismo detêm problemas para

responder a comunicações não-verbais, tais quais: gestos, expressões faciais, entonação; e o setor da atenção compartilhada representa um dos mais prejudicados.

Problemas nas habilidades em apontar e fazer imitações, mormente, se correlacionados com jogos simbólicos deficientes, direcionam para o diagnóstico de autismo, em oposição ao de transtorno do desenvolvimento da linguagem, ou retardo.

De acordo com pesquisa empreendida por Rapin (1996) na obra "*Preschool children with inadequate communication. Developmental language disorder, autism, low IQ*" o jogo de faz-de-conta separa, com efeito, crianças autistas de não-autistas. Isto é, de acordo com a visão da autora, o jogo simbólico consiste em eficiente norteador do autismo, podendo servir como quesito de diagnóstico em infantes que apresentam atrasos cognitivos, com suspeita da hipótese de autismo.

No que tange aos caracteres pragmáticos da linguagem, perfila-se prejuízo na compreensão e uso, no âmago de um contexto social, mas não obrigatoriamente do significado literal. Ainda que os anexos não-verbais da fala normal (expressão facial, contato ocular, postura, gestos, mímica) tendenciosamente apresentem-se de forma afetada, o prejuízo social reside em dificuldades no uso natural de sistemas verbais e não-verbais comunicativos, o que frutifica em troca social recíproca deficiente.

A maior problemática comunicacional não seria a ausência dos mecanismos físico-gestuais, expressão facial e fala, mas um déficit no uso correto em hipóteses sociais, ou como coadjuvante para a comunicação efetiva.

Farah e Goldenberg (2001) mencionam que:

> "O autista pode ser de auto-funcionamento ou viver completamente alienado do mundo que o cerca. Ainda assim, independentemente do grau do comprometimento, é a problemática interacional que a determina. Neste sentido, qualquer que seja o modelo terapêutico- educacional em uso, o trabalho sempre deve ser permeado pela busca constante e intensiva de desenvolver a comunicação interativa, seja através da linguagem verbal e/ou não-verbal."
>
> (Farah & Goldenberg, 2001, p. 25)

Nesse sentido, e observando bases terapêuticas pautadas no incentivo e treinamento para habilidades comunicativas em autistas, faz-se importante salientar que os distúrbios e problemas relacionados à comunicação observados nos portadores do transtorno representam ícones para o reconhecimento, o diagnóstico e o tratamento correlato.

Destarte às correntes defensoras da deficiência na comunicação como precedente aos estados de prejuízo nas relações sociais e vice-versa, os dois atributos indicam hipótese de autismo, devendo consistir em importantes norteadores para a identificação do possível transtorno. Em síntese, vários pesquisadores registram déficits comunicativos bastante precoces que podem ser verificados a partir de problemas no uso e compreensão da comunicação verbal e não-verbal, e na atenção compartilhada, sendo as problemáticas de retraimento social, contíguas aos estados citados, nos casos de autismo.

1.1.2. O prejuízo na interação social nos casos autísticos infantis

> "Diversos estudos têm documentado o comprometimento de crianças com autismo quanto à atenção compartilhada, definida como a habilidade envolvendo a alternância do olhar e outros sinais comunicativos entre o parceiro e o objeto/evento, que é o foco de atenção da criança."
>
> (Bosa, 2001, p. 283)

O elenco de variados desvios comportamentais desde o nascimento, ou em tênue fase no desenvolvimento inicial, tem incitado múltiplos estudiosos a registrar um transtorno em processos neurobiológicos delimitados que fomentariam problemas no desenvolvimento social e emocional do autista.

Em termos globais, entre os déficits sociais, são listadas a apreciação inapta de hipóteses sócio-emocionais e a ausência de reciprocidade sócio-emocional, discrepâncias nas habilidades expressivas e receptivas primordiais, e dificuldade na identificação e compreensão de expressões faciais, transtornos específicos no desenvolvimento de processos de comunicação não-verbal.

Mais especificamente, tem sido evidenciada a ausência de aconchego ao colo materno, de ordenação postural e de contato ocular. Observa-se também uma falta de expressão facial (choro ou riso do bebê) e ausência de imitação gestual e de gesticulação para ordenar as formas de interação social. Vislumbra-se inexistência de respostas às emoções alheias, sendo rara também a busca dos entes para obtenção de consolo e carinho.

Se faz importante salientar que, o consenso de autores debruçados sobre o tema não elege o prejuízo social como elemento primário do autismo, defendendo, mormente o prejuízo primário de natureza cognitiva na área da linguagem.

Gadia, Tuchman e Rotta (2004) assinalam que as dificuldades de interação social, comumente associadas aos casos de autismo:

> "... podem manifestar-se como isolamento ou comportamento social impróprio; pobre contato visual; dificuldade em participar de atividades em grupo; indiferença afetiva ou demonstrações inapropriadas de afeto; falta de empatia social ou emocional. À medida que esses indivíduos entram na idade adulta, há, em geral, uma melhora do isolamento social, mas a pobre habilidade social é a dificuldade em estabelecer amizades persistem. Adolescentes e adultos com autismo têm interpretações equivocadas a respeito de como são percebidos por outras pessoas, e o adulto autista, mesmo com habilidades cognitivas adequadas, tende a isolar-se."
> (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004, s. 84)

Os padrões repetitivos e tipificados de comportamento inerentes ao autismo englobam a resistência às mudanças, insistência na repetição de delimitadas rotinas, apego exacerbado a objetos e fascínio na observação de alguns elementos, tais como rodas ou hélices, com variações. Ainda que algumas crianças aparentem brincar, elas estão mais atentas em alinhar ou manusear os brinquedos do que em utilizá-los com finalidades simbólicas. Estereotipias de ordem motora e verbal, tais como repetir continuamente balanço corporal, bater palmas sucessivamente, caminhar em círculos ou repetir algumas palavras, frases ou músicas são também caracteres comuns aos autistas. No adulto autista, perfila-se uma melhoria na adaptação frente a mudanças, porém os interesses limitados continuam, e os indivíduos com habilidades cognitivas adequadas tendem a fixar seus raios de interesse em tópicos restritos, tais como horários de ferrovias/aeroportos, mapas ou acontecimentos históricos, etc., os quais norteiam completamente suas vidas.

Na inexistência de um indicador biológico, o diagnóstico do autismo, e a notação de seus contornos perfilam-se como decisão clínica de certo modo arbitrária. Sendo usados os trâmites fixados contemporaneamente para a definição do autismo, este certamente será verificado como um distúrbio não-raro. Dependendo dos requisitos de inclusão, a prevalência do autismo tem girado em torno de 40 a 130 por 100.000, ocupando o terceiro lugar entre os transtornos do desenvolvimento, isto é, posicionado à frente das malformações congênitas e da síndrome de Down. Pesquisas recentes sugerem que a prevalência dos TID (manifestações comportamentais que definem o autismo - melhor expressas como Transtornos invasivos do desenvolvimento) pode ser de dois a cinco casos por 1.000, o que incitou proposições no que tange a uma "epidemia" de TID. Não está definido que a prevalência dos TID factualmente tenha se expandido; é provável que o crescimento no quociente de indivíduos diagnosticados

se deva a um majorado reconhecimento desses transtornos em crianças menos seriamente afetadas e a discrepâncias nos trâmites diagnósticos entre o DSM-III (inventário de sintomas) e o DSM-IV-R (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais), conforme salienta a tabela que segue:

Tabela 1: Prevalência de distúrbios neurológicos

Epilepsia	650
Paralisia cerebral	250
Demência	250
Doença de Parkinson	200
Autismo	130
Malformações congênitas SNC†	70
Síndrome de Down	50

* Adaptado de Kurtzke[15].
† SNC = sistema nervoso central.

Fonte: Gadia, Tuchman & Rotta, 2004, s. 84

Em síntese, e novamente suprimindo a eleição de primazia realizada por diversos estudiosos entre as problemáticas comunicacionais e relacionais do autismo, pode-se delimitar que são notadas diversas discrepâncias de ordem comportamental e de interação social nos portadores do autismo, os quais em união a outros aspectos sintomáticos, podem coadjuvar no sentido da promoção de diagnóstico acertado e beneficamente proporcional à necessidade de tratamento terapêutico.

1.2. O diagnóstico do autismo: aferição precoce para intervenção terapêutica correlata e direcionada

> "Habitualmente, os sintomas mais proeminentes das condições pertencentes ao espectro do autismo, ou transtornos invasivos do desenvolvimento, podem ser bem observados depois dos dois anos de idade. Nos últimos anos, no entanto, o diagnóstico precoce das manifestações autistas tem despertado interesse, já que intervenções terapêuticas precoces nessas crianças poderiam atenuar problemas a longo prazo. Em algumas condições, o diagnóstico de autismo e transtornos relacionados levará à etiologia, que poderá implicar aconselhamento genético."
>
> (Grillo & Silva, 2004, s. 22)

Sabendo-se das limitações e condições especiais inerentes aos portadores do autismo, desde sua mais tênue infância, o provimento de diagnóstico precoce, hodiernamente configura-se como parâmetro para otimização nas condições vitais, tanto do paciente, quanto de seus entes próximos e familiares, no que tange ao acompanhamento e aplicação de recursos terapêuticos para amenização e desenvolvimento majorado dos portadores do distúrbio.

Assim, e conforme salientado por Gadia, Tuchman e Rotta (2004), os critérios contemporaneamente usados para o diagnóstico do autismo estão fixados no Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM.

Tais critérios têm recebido evolução temporal para maximização de sua eficiência. Até 1980, autismo não era tido como uma progressão separada da esquizofrenia. No ano de 1987, o DSM-III-R implementou critérios diagnósticos com perspectiva de desenvolvimento, e foram realizados dois diagnósticos, agasalhados sob a expressão "transtorno invasivo (ou global) do desenvolvimento": (1) autismo; e (2) transtorno invasivo (ou global) do desenvolvimento não-especificado (TID-NE). Em termos práticos, os TID ou transtornos do espectro autista (TEA) têm sido utilizados como classificações diagnósticas em pacientes com déficits na interação social, déficits de linguagem e comunicação, e hipóteses repetitivas do comportamento. Os trâmites do DSM-IV para autismo têm um nível majorado de especificidade e sensibilidade em grupos de distintas faixas etárias e entre pacientes com habilidades distintas nos quesitos cognitivos e de linguagem.

Para a agilidade diagnóstica do autismo, Costa e Nunesmaia (1998) mencionam que é imprescindível:

> "... caracterizar variáveis selecionadas para um melhor entendimento e diagnóstico do autismo infantil, tais como: achados clínicos e de imagem, critérios diagnósticos, freqüência de distúrbios neuropsiquiátricos nos familiares dos propósitos, recorrência familiar e a ocorrência de consangüinidade entre os pais dos propósitos e entre outros casais da família."
>
> (Costa & Nunesmaia, 1998, p. 24)

Nesses termos, a conveniente tomada de exame para obtenção de efetivo quadro de autismo de deve fazer não somente com base no inventário de sintomas, mas na providencial tomada de exames multiprofissionais e nas notações de caracteres familiares com relação à similaridade sangüínea. No entanto, a listagem de critérios DSM é relevante documento para a constatação do transtorno.

A tabela em seguida lista os critérios constantes para provimento de diagnóstico em transtornos autistas:

Tabela 2: Critérios diagnósticos para distúrbio autista (DSM-IV 1994)

A. Pelo menos seis dos 12 critérios abaixo, sendo dois de (1) e pelo menos um de (2) e (3)

1) Déficits qualitativos na interação social, manifestados por:

a. dificuldades marcadas no uso de comunicação não-verbal
b. falhas do desenvolvimento de relações interpessoais apropriadas no nível de desenvolvimento
c. falha em procurar, espontaneamente, compartir interesses ou atividades prazerosas com outros
d. falta de reciprocidade social ou emocional

2) Déficits qualitativos de comunicação, manifestados por:

a. falta ou atraso do desenvolvimento da linguagem, não compensada por outros meios (apontar, usar mímica)
b. déficit marcado na habilidade de iniciar ou manter conversação em indivíduos com linguagem adequada
c. uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático de linguagem
e. inabilidade de participar de brincadeiras de faz-de-conta ou imaginativas de forma variada e espontânea para o seu nível de desenvolvimento

3) Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados:

a. preocupação excessiva, em termos de intensidade ou de foco, com interesses restritos e estereotipados
b. aderência inflexível a rotinas ou rituais
c. maneirismos motores repetitivos e estereotipados
d. preocupação persistente com partes de objetos

B. Atrasos ou função anormal em pelo menos uma das áreas acima presente antes dos 3 anos de idade

C. Esse distúrbio não pode ser melhor explicado por um diagnóstico de síndrome de Rett ou transtorno desintegrativo da infância

Fonte: Gadia, Tuchman & Rotta, 2004, s. 85

Coexiste ainda, uma premência por identificação de subgrupos homogêneos de indivíduos autistas, tanto para fins práticos quanto acadêmicos. As subseções fixadas pelo DSM-IV, englobadas sob a expressão mais geral "TID", representam tentativa de satisfazer às necessidades científicas de estudo e pesquisa, bem como permear o desenvolvimento de serviços suplementares que supram as carências de portadores do autismo e distúrbios contíguos.

A tabela que segue ilustra a iniciativa na segmentação e distinção efetiva entre os enquadramentos possíveis do autismo e aqueles concernentes a outros tipos de transtornos similares em suas manifestações sintomáticas:

Tabela 3: Subgrupos do DSM-IV para transtornos invasivos do desenvolvimento

Autismo
Síndrome de Rett
Transtorno desintegrativo da infância
Transtorno invasivo de desenvolvimento não-específico
Síndrome de Asperger

Fonte: Gadia, Tuchman & Rotta, 2004, s. 85

Principais correlatos e expoentes de sucintas confusões diagnósticas com o autismo, a síndrome de Asperger, e o transtorno desintegrativo da infância, tem suas tabelas classificatórias no intento de afastar possíveis confusões que podem retardar o principiar terapêutico, essencial à melhoria sintomática e de vida para os pacientes portadores do transtorno autista.

A tabela que segue dá expediente sobre a síndrome de Asperger para sua respectiva personificação e afastamento das hipóteses de autismo

Tabela 4: Critérios diagnósticos para a síndrome de Asperger

A.	Déficits qualitativos na interação social, manifestados por, pelo menos, dois dos seguintes:
	1) déficit marcado no uso de comportamentos não-verbais, tais como contato visual, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social
	2) incapacidade de estabelecer relações com seus pares de acordo com o seu nível de desenvolvimento
	3) falta de um desejo espontâneo de compartilhar situações agradáveis ou interesses (como, por exemplo, mostrando ou apontando para objetos de interesse)
	4) falta de reciprocidade emocional ou social
B.	Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados, manifestados por:
	1) preocupação excessiva, em termos de intensidade ou de foco, com interesses restritos e estereotipados
	2) aderência inflexível a rotinas ou rituais
	3) maneirismos motores repetitivos e estereotipados
	4) preocupação persistente com partes de objetos
C.	Esse transtorno causa distúrbios clinicamente significativos em termos sociais, ocupacionais ou em outras áreas importantes de funcionamento
D.	Não há atraso clinicamente significativo de linguagem (por exemplo, palavras isoladas aos 2 anos, frases aos 3 anos)
E.	Não há atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo, de habilidades de auto-ajuda, de comportamentos adaptativos (excetuando-se interação social) e de curiosidade em relação ao seu ambiente durante a infância
F.	Não há critérios suficientes para o diagnóstico de outro transtorno invasivo de desenvolvimento ou esquizofrenia

Fonte: Gadia, Tuchman & Rotta, 2004, s. 85

Na mesma medida, segue tabela de critérios para correlata identificação do transtorno desintegrativo da infância:

Tabela 5: Critérios diagnósticos para transtorno desintegrativo da infância

A.	Desenvolvimento aparentemente normal até, pelo menos, os 2 primeiros anos de idade, manifestado pela presença de comunicação verbal e não-verbal, interação social, habilidade lúdica e comportamentos adaptativos apropriados
B.	Perda clinicamente significativa, antes dos 10 anos de idade, de habilidades previamente adquiridas em, pelo menos, duas das seguintes áreas: 1) linguagem expressiva ou receptiva 2) habilidades adaptativas ou sociais 3) controles esfincterianos 4) habilidade lúdica 5) habilidades motoras
C.	Deficiências funcionais qualitativas em pelo menos duas das seguintes áreas: 1) interação social (uso de comunicação não-verbal, desenvolvimento de relações interpessoais, reciprocidade social ou emocional) 2) comunicação (desenvolvimento de linguagem, habilidade de iniciar ou manter conversação, uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático de linguagem, habilidade de brincar de forma variada e espontânea) 3) padrões de comportamento, atividades e interesses restritos, repetitivos e estereotipados, incluindo maneirismos motores e estereotipias
D.	Não há critérios suficientes para o diagnóstico de outro transtorno invasivo de desenvolvimento ou esquizofrenia

Fonte: Gadia, Tuchman & Rotta, 2004, s. 85

Ainda que, com os critérios do DSM-IV, tenha tornado-se mais simples compreender cada um dos TID, questionamentos como o de se o autismo e a síndrome de Asperger consignam entidades clínicas diferentes ou se consistem em variantes de um mesmo distúrbio, e também se transtorno desintegrativo é uma classificação diagnóstica válida; ainda não foram totalmente elucidados. Ainda além, a inserção da síndrome de Rett no âmago da categoria geral de TID deve ser entendida somente como significando a notação de que meninas dotadas dessa síndrome apresentam comportamentos similares aos de autistas. É importante evidenciar que a central intencionalidade dos critérios fixados para diagnosticar autismo e distúrbios relacionados deve ser a de restringir os embates entre pesquisadores e clínicos no que tange à caracterização desses distúrbios em um grau comportamental (tipologia) ou biológico (etiologia).

Mesmo na hipótese dos distúrbios autistas serem diagnosticados de forma proficiente, ou seja, lançando mão de critérios diagnósticos adequados, existe uma variação substancial no perfil sintomático, em correlação com a etiologia contígua. O diagnóstico de autismo

pressupõe uma verificação clínica minuciosa: avaliações de linguagem e neuropsicologia, assim como exames complementares (a título de exemplo, pesquisas de cromossomas englobando DNA para X-frágil e pesquisas de neuroimagem ou neurofisiologia, quando adequados) podem ser preciosos em casos determinados, para propiciar identificação de subgrupos mais homogêneos, consoantes ao fenótipo comportamental e a etiologia. Somente assim será possível suscitar um entendimento acertado da patofisiologia desses transtornos e prover intervenções e prognósticos mais específicos.

1.3. O autismo e as intervenções terapêuticas adequadas: uma visão multidisciplinar

> "As características clínicas da síndrome afetam as condições físicas e mentais do indivíduo, aumentando a demanda por cuidados e, conseqüentemente, o nível de dependência de pais e/ou cuidadores. Essa situação pode constituir um estressor em potencial para familiares."
>
> (Schmidt & Bosa, 2003, p. 3)

O trato de autistas pressupõe uma intervenção de natureza multidisciplinar com bases terapêuticas que envolvem técnicas de modificação de comportamento, programas educacionais ou laborais e terapias de exercício para linguagem/comunicação.

É primordial a intervenção de psicólogos ou educadores com bastante prática em análise comportamental funcional e em técnicas de mudança de comportamento. Além dos prejuízos sociais e cognitivos, as discrepâncias comportamentais representam grande preocupação, visto que significam as alterações que mais comumente interferem na relação de crianças autistas com a família e a escola; e de adolescentes e adultos dotados da mesma síndrome, no seio social. Em crianças, tais padrões são acrescentados por hiperatividade, desatenção, agressividade e atitudes de automutilação. Os problemas de comportamento são insistentes em um quociente expressivo de adolescentes e adultos, sendo que a agressividade e automutilação podem expandir-se na fase da adolescência. As respostas insatisfatórias a estímulos sensoriais (como sons e ruídos em alto volume), alta sensitividade tátil, fascínio por delimitados estímulos visuais e forte resistência a dor, também somam-se aos problemas comportamentais dos portadores de autismo. Desequilíbrios de afeto e de humor são inerentes e podem manifestar-se por intermédio de crises de riso ou choro sem motivo plausível. Acrescente-se ausência de compreensão de perigo ou, em contrapartida, medo exacerbado,

ansiedade globalizada, ataques de fúria, atividade automutilante freqüente ou reações emocionais fracas ou suprimidas.

Movimentação anormal é rotineira em autistas e engloba as estereotipias (movimentos e repetição com as mãos, balanço repetido do corpo ou movimentos corporais complexos), assim como os prejuízos posturais e grande variação de outras movimentações involuntárias. As estereotipias constituem traços persistentes em um elevado número de adultos autistas, mesmo naqueles com significativo nível funcional, porém, tornam-se, por vezes, minimizadas.

Nos adolescentes e adultos, a hipótese de que movimentos discrepantes possam ter relação com o uso de neurolépticos deve ser levada em conta. Uma pesquisa evidenciou que estereotipias comuns relacionadas com autistas não podem ter distinção, absolutamente, de discinesias[1]. Tal postulado fixa a importância da caracterização e quantificação dos movimentos anormais em período anterior ao início do uso medicamentoso.

Convulsões sucedem em aproximadamente 16 a 35% de crianças portadoras do autismo. A variação na ocorrência se deve às diferenças entre as populações pesquisadas no que tange a patologias associadas. Os principais fatores de risco para a epilepsia são retardo mental agressivo e a concomitância de deficiência mental aguda com prejuízo motor (nessa hipótese, 40% das crianças tinham, segundo estudo, epilepsia correlacionada). Se os problemas cognitivos e motores forem afastados, o único outro elemento associado a uma hipótese exacerbada de epilepsia em crianças autistas é o tipo de déficit de comunicação/linguagem. Qualquer espécie de convulsão pode suceder às crianças autistas. Uma nota relevante é a associação entre autismo e espasmos infantis (síndrome de West). Variados estudos têm mencionado uma distribuição bimodal no que concerne ao risco de epilepsia em crianças autistas: um ápice de prevalência no primeiro ano de vida e outro na adolescência. O secundo pico mencionado, na adolescência, chega a um pico entre os 17 e os18 anos, decrescendo progressivamente a partir dessa faixa etária, e aparenta estar correlacionado com a profundidade do déficit cognitivo. Sobre a questão das convulsões autistas, Gadia, Tuchman e Rotta (2004) mencionam que:

> "O manejo de convulsões em autistas não difere daquele em indivíduos sem autismo, porém o risco de convulsões pode tornar-se um fator na seleção dos medicamentos usados para tratar distúrbios comportamentais."

[1] Movimentos involuntários anormais que prevalecem, mormente, nas extremidades, tronco ou mandíbula, e sucedem como manifestação do curso de doença correlata.

(Gadia; Tuchman & Rotta, 2004, s. 90)

Um expressivo número de portadores do autismo apresenta problemas com relação ao sono, mas existem tão somente limitados estudos sobre distúrbios do sono em autistas. Uma pesquisa recente com crianças não-autistas[2], porém, dotadas de outros distúrbios relacionados ao desenvolvimento menciona que existem uma relação tênue e quantificável entre discrepâncias na constituição do sono e resultados de testes neuropsicológicos que aferem atenção, concentração, rapidez psicomotora e funções cognitivas altas. A correlação entre problemas do sono e as alterações comportamentais e cognitivas do autismo é uma área que carece de maior atividade em pesquisa, certamente.

Sinteticamente, dispõe-se que o autismo consiste em complexo distúrbio que interfere no desenvolvimento social e cognitivo e, oferecendo assim, oportunidade para entendimento e delimitação dos sistemas neuronais preponderantes para a atividade social e comunicação. O registro de casos e de manifestações clínicas sugere determinada heterogeneidade neurobiológica. A organização de subgrupos delimitados de indivíduos dentro do colóquio autista é fundamental no elenco de melhor entendimento acerca de suas bases neurobiológicas. A convergência de pareceres oriundos de neurologistas, psiquiatras, neurocientistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas e educadores é essencial não só para potenciar a compreensão do distúrbio e fomentar um trato mais adequado desses pacientes durante toda a sua vida, mas também para suscitar uma ótica mais translúcida do ser social como um todo, e da facilitação de suas relações em meio à coletividade. Assim, é pertinente novamente ressaltar que o tratamento do autismo e seus circundantes sintomáticos é campo de atuação absolutamente multidisciplinar, e não somente de uma ramificação médica isolada.

1.3.1. Farmacoterapia e autismo

> "As formas de tratamento para o indivíduo autista podem ser desde a utilização de medicamentos e acompanhamento pedagógico, fonoaudiólogo, psicológico e físico. O tratamento em geral tem como objetivo o desenvolvimento dos autistas."
>
> (Tomé, 2007, p. 239)

[2] Ballaban-Gil K, Rapin I, Tuchman R, Freeman K, Shinnar S. The risk of seizures in autistic individuals: occurrence of a secondary peak in adolescence. Epilepsia. 1991.

UNICAMP - FE - BIBLIOTECA

O emprego de medicamentos no autismo é ainda principiante. Neurolépticos[3], mormente o haloperidol[4], têm figurado como as farmacoterapias mais utilizadas para o trato de alterações comportamentais em portadores do transtorno. Entretanto, os efeitos colaterais dessas drogas restringem sua aplicação em distúrbios crônicos, como o autismo. Há demonstrações de que o haloperidol inibe consistentemente a agressividade, estereotipias e práticas automutilantes em autistas. Anti-psicóticos[5] também transparecem efeitos efetivos em sintomáticas, como a irritabilidade, a agressividade e a hiperatividade. Em pesquisa multicêntrica controlada[6] que foi inédita, tendo em vista o número de pacientes autistas e pela seleção de sintomas-alvos de claros contornos, um grupo formado absoltamente com o intento de estudar o uso de psicofármacos em pediatria (Research Unit in Pediatric Psychopharmacology ou RUPP) verificou transparente melhoria na agressividade e irritabilidade dos pacientes usuários de risperidona[7] (em doses de 0,5 a 3,5 mg/dia).

A diversidade de estereotipias também foi suprimida de forma geral. Efeitos colaterais, sonolência e aumento de peso foram aferidos levemente. Notações ainda não publicadas com um compêndio quadrimestral, englobando os pacientes que responderam à risperidona e aqueles que não responderam a placebo, atestam que a resposta à medicação foi estável pelo lapso temporal relatado.

Estudos não-controlados com um número limitado de autistas usando olanzepina[8,9], quetiapina[10] e ziprazidona[11] levantam que esses antipsicóticos possivelmente possam apresentar efeitos semelhantes aos da risperidona. Efeitos colaterais (factuais ou potenciais) expressivos, tais como o aumento da prolactina e triglicerídeos (risperidona, quetiapina e olanzepina), hipóteses majoradas para o desenvolvimento do diabetes tipo 2 (olanzepina e

---

[3] Subseção no setor de antipsicóticos, tendo sido os primeiros medicamentos desenvolvidos para o trato de sintomas inerentes às psicoses (alucinações e delírios). São conhecidos também como antipsicóticos típicos.

[4] Remédio neuroléptico do grupo das butirofenonas. Além ser utilizado para o trato dos sintomas psicóticos, pode ser empregado ainda para evitar enjôos e vômitos, para controlar agitação e a agressividade em virtude de perturbações mentais.

[5] Medicamentos majoritariamente usados no tratamento sintomático das psicoses.

[6] Mesibov G. Current perspectives and issues in autism and adolescence. In: Schopler E, Mesibov G, editors. Autism in Adolescents and Adults. New York and London: Plenum Press; 1983.

[7] Antipsicótico atípico idealizado pela Janssen Farmacêutica, de uso freqüente no tratamento de psicoses delirantes, inclusive nas esquizofrenias.

[8] Allison D, Casey D. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. J Clin Psychiatry. 2001 / Correll C, Parikh U, Kane J, Malhotra A. Atypical antipsychoticinduced nutritional and metabolic effects during development. AACAP Scientific Proceedings; 2003.

[9] Substância indicada para o trato agudo e de manejo da esquizofrenia e outras psicoses onde os sintomas positivos (delírios, alucinações, alterações de pensamento, hostilidade e desconfiança) e/ou sintomas negativos (afeto diminuído, isolamento emocional e social, pobreza de linguagem) são imperativos.

[10] Neuroléptico conhecido como antipsicótico atípico, popular nas últimas décadas e usado como medida alternativa aos antipsicóticos típicos.

[11] Neuroléptico atípico que tem como máxima efetuar controle dos sintomas que outros medicamentos do grupo falharam em controlar.

possivelmente outros atípicos) e síndrome do QT prolongado[12] (ziprazidona) fazem premente a observação minuciosa e intermitente desses portadores do autismo.

A clomipramina (antidepressivo tricíclico e supressor não-seletivo da re-captação de serotonina[13]) provou eficácia no trato de prevalência obsessivo-compulsiva e, contemporaneamente, em quadros sintomáticos obsessivo-compulsivos, no decréscimo de estereotipias e de atitudes automutilantes em portadores do autismo. A hipótese de arritmias cardíacas, dentre outros, tem restringido o seu uso. Inibidores seletivos da captação em serotonina, tais como fluoxetina[14], paroxetina[15], fluvoxamina[16], citalopram[17] e sertralina[18] têm sido empregados em autistas no intuito de fazer diminuir padrões obsessivos, rituais e estereotipias com eficácia flutuante e, de modo geral, apresentam boa tolerância.

Buspirona[19], clonidina[20], piridoxina[21], secretina[22] endovenosa e ácido valpróico[23], dentre outros, podem constituir o compêndio de drogas ministradas para o trato dos sintomas e prejuízos inerentes ao autismo. Algumas notações descrevem sucesso, outras incidência de efeitos colaterais, entretanto, faz-se importante frisar que a farmacoterapia correlata ao autismo consiste em área ainda carente de testes direcionados e oficialmente dispostos à apresentação de resultados palpáveis, que possam efetivamente elencar uma ou outra substância de uso absolutamente recomendável e seguro para o tratamento dos portadores do transtorno.

---

[12] Tipo de arritmia cardíaca caracterizada por alterações típicas do perfil eletrocardiográfico.

[13] É um neurotransmissor, ou seja, uma molécula envolvida na comunicação entre as células do cérebro (neurônios).

[14] Remédio antidepressivo do grupo dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina. Seu principal uso é emprego na depressão, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e bulimia nervosa.

[15] Antidepressivo inibidor da recaptação da serotonina.

[16] Substância usada no trato da depressão e da doença obsessivo-compulsiva. É um antidepressivo que inibe a recaptação da serotonina sendo uma variação de outra substância: a Fluoxetina.

[17] Antidepressivo que inibe a recaptação da serotonina. Eficiente no tratamento da depressão, excetuando-se aquelas presentes nos ciclos rápidos do transtorno afetivo bipolar (antiga PMD). É uma medicação que apresenta poucos efeitos colatareais visto que atua bastante na recaptação da serotonina e de forma limitada sobre outros neurotransmissores.

[18] Classe de medicamentos usada para tratamento da depressão, desordem obsessiva compulsiva, desordem do pânico, estresse pós-traumático, desordem disfórica pré-menstrual (TPM), fobia social.

[19] Agente ansiolítico indicado no tratamento de distúrbios de ansiedade e no alívio a curto prazo dos sintomas de ansiedade.

[20] Medicamento que inibe a liberação de Norepinefrina nas terminações nervosas simpáticas, suprimindo a atividade simpática e realizando sedação e decréscimo do tônus vasomotor e frequência cardíaca.

[21] Também conhecida como vitamina B6, propicia a respiração das células e auxilia no metabolismo das proteínas. A vitamina B6, também conhecida como piridoxina, é absorvida no intestino delgado, mas em oposição à outras do complexo, não é absolutamente excretada pelos rins, ficando retida, mormente, nos músculos.

[22] Hormônio produzido pelas células S do duodeno em resposta a um pH baixo e à presença de ácidos gordos. Estilmula a produção de bicarbonato no fígado, pâncreas e glândulas de Brunner. Ajuda a neutralizar o ácido gástrico que entra no duodeno a partir do estômago.

[23] Ácido graxo, dotado de propriedades anticonvulsivantes, usado no tratamento da epilepsia.

1.4. Breve síntese sobre o autismo infantil: um consenso majoritário dentre as formas, contornos e manifestações tácitas

> "Segundo o Léo Kanner, um psiquiatra austríaco, que em 1943 descreveu sobre a síndrome de aspecto autístico como sendo um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por: incapacidade para estabelecer relações com pessoas, um amplo conjunto de atrasos e alterações na aquisição e uso de linguagem e insistência obsessiva em manter o ambiente sem mudança, acompanhada da tendência em repetir uma gama limitada de atitudes ritualizadas, ressaltou que os sintomas fundamentais o isolamento autístico. (...) Ao trabalhar com crianças autistas deve ter como principal objetivo ensinar, e a persistência é uma grande aliada, o ensino tem como prioridade, as atividades de vida prática, independência e a socialização, através de atividade para uma normalização do convívio social."
>
> (Tomé, 2007, p. 231)

Estabelecido como distúrbio de contornos claros, ainda que nebulosos para conversão a diagnóstico acertado, o autismo tem suas manifestações sintomáticas fixadas e observáveis, com efeito, já na infância de seu portador.

De acordo com estudos de Volkmar, Klin, Marans e McDougle (1996), a epidemiologia autística corresponde a 1 a 5 casos em média, a cada 10.000 crianças, numa delimitação de 2 a 3 indivíduos do sexo masculino para 1 indivíduo do sexo feminino.

Embora suas manifestações sintomáticas possam ser notadas desde os primeiros 18 meses da vida infante, a idade normal de primeiro atendimento direcionado à sua descoberta efetiva, se dá por volta dos três anos.

O próprio processo de diagnóstico do autismo infantil, observada a ausência de exames laboratoriais e de imagem que possam precisar o distúrbio, refere-se a processo de média a longa duração, mediante atendimento clínico, entrevista e histórico da criança, que em primeiro ponto, busca afastar a hipótese de surdez, retardo mental e problemas neurológicos.

Dentre os vários pontos de checagem do autismo, não podem faltar: manifestação social, habilidade de comunicação e comportamentos/interesses diante de atividades – sintomas que, concomitantemente, tendem a surgir antes dos três anos de idade.

Tomé (2007) dispõe graficamente os caracteres sintomáticos da criança autista, conforme a figura que segue:

Figura 1: Sintomas e características comportamentais da criança autista

Não mantém contato visual

Dificilmente demonstra tristezas alegria ou dor

Não se mistura com outras crianças

Age como se fosse surdo mesmo quando ouve

Modo e comportamento indiferente e

Resiste ao contato físico

Fonte: Tomé, 2007, p. 235.

Mediante diagnóstico aferido com pormenoridades e afastamento de outras moléstias de similar manifestação sintomática, a criança autista deve-se encaminhar à equipe multidisciplinar de tratamento, cujos focos centrais, incidirão sempre sobre a melhoria de seus relacionamentos sociais, comunicação e linguagem, bem como a supressão de comportamentos repetitivos ou que tendenciem à automutilação.

No entanto, seu contínuo tratamento não representa exatamente a restrição de prejuízos e problemas, tanto pessoais quanto incidentes em todos os entes circundantes ao portador do transtorno, que segundo literatura médica ainda não documenta cura efetiva. Isto é, o autismo consiste em distúrbio que pressupõe intervenção constante, e por toda a vida de seu portador.

Uma criança autista deve ser estimulada, incentivada, acompanhada e tratada no sentido de ampliar seus horizontes, e progressivamente tanger aprendizado, não somente social e comunicativo, mas inclusive de conteúdos, ainda que sua interiorização muitas vezes os guarde consigo.

Em todos os países estabelecidos mundialmente, associações, organizações, grupos e entidades procuram apoiar tanto o portador do autismo (mormente em sua versão infantil), quanto os familiares, entes próximos e correlatos militantes da causa – doença de origem ainda pouco conhecida, não marcada efetivamente em mapeamentos cerebrais e outros afins, mas de contornos bastante evidentes e marcantes.

Assumpção Jr. e Pimentel (2000) permeiam que:

> "O autismo infantil corresponde a um quadro de extrema complexidade que exige que abordagens multidisciplinares sejam efetivadas visando-se não somente a questão educacional e da socialização, mas principalmente a questão médica e a tentativa de estabelecer etiologias e quadros clínicos bem definidos, passíveis de prognósticos precisos e abordagens terapêuticas eficazes. Com a maior acurácia das pesquisas clínicas, grande número de subsíndromes ligadas ao complexo "autismo" devem ser identificadas nos próximos anos, de forma que os conhecimentos sobre a área aumentem de modo significativo em um futuro próximo."
>
> (Assumpção Jr. & Pimentel, 2000, s II. 38)

Nesses termos, um resumido balanço da realidade da criança autista no mundo inteiro, dá conta de limitações, discrepâncias comportamentais, comunicacionais e sociais, mas jamais, de inutilidade ou distância/frieza. Dificuldades com relação a um ou outro ponto da sensibilidade humana não podem ser confundidas com inexistência. Uma criança autista é inteligente, capaz de amar, de gerar afeto, de participar e conviver com suas alterações características. Não é capaz, porém, de sobreviver à discriminação e nem à progressão aos estados de inutilidade, visto que é ser absolutamente carente de estímulos e facilitação em suas dificuldades.

Uma criança autista é simplesmente diferente, mas capaz de brilhantes atuações inclusive intelectuais.

Nesse sentido, seus aspectos cognitivos, ainda que diferenciados, estão presentes. Ainda que alocados e dispostos de forma diversa podem ser verificados, e devem, factualmente ser objeto de trato e direcionamento para eclosão na direção exterior.

Sob tal égide, se faz importante um mergulho na cognição, em suas características, conceituações, desenvolvimento e capacidades progressivas, em primeiro ponto, para entendimento acertado, em segundo ponto, para compreensão de sua manifestação junto à criança autista.

CAPÍTULO II – A COGNIÇÃO INFANTIL: CONCEITUAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E PROGRESSÃO FRENTE AO CONHECIMENTO INTERIOR E EXTERIOR AO INDIVÍDUO

> "Cabe à Psicologia explicar a gênese das estruturas cognitivas, sua derivação umas das outras por filiação progressiva durante um processo de construção, ou seja, acompanhar suas transformações da criança ao adulto. Encontra-se aí a primeira coordenada: o tempo histórico, sucessivo e seqüencial. Introduzir o tempo é então explicar a gênese, a construção das estruturas intelectuais. Traduzindo o problema do tempo como sendo de desenvolvimento cognitivo, Piaget caracteriza a criança por certas estruturas intelectuais que tendem a ser integradas e subordinadas ao modo adulto de conhecer, representado pelas estruturas lógico-matemáticas."
>
> (Kastrup, 2000, p. 374)

Cognição, expressão com origem nos registros de Platão e Aristóteles, refere-se ao ato de conhecer – realização que envolve preceitos como a atenção, a memória, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, o juízo, a linguagem.

Constantemente posta em voga nos panoramas contemporâneos, mormente em correlação com o desenvolvimento da criança e do adolescente, seres que por natureza própria dão-se em suas fases iniciais da vida, ao ato de travar contato consigo mesmas e com o mundo circundante (em suas mais variadas vertentes) no intuito de experimentar e conhecer; a cognição tem sido alvo de inúmeras teorizações modernas para sua estruturação.

Lançando sustentáculos em um dos mais renomados nomes da educação – o psicólogo suíço Jean Piaget, é possível traçar delimitação acerca da cognição infantil e suas tênues linhas divisórias, que traduzem níveis, capacidades e habilidades na criança, diretamente proporcionais à sua faixa etária ou de desenvolvimento geral.

Inicialmente dedicando-se aos estudos científicos em relação à natureza biológica e pesquisando sobre moluscos, Piaget logo passou à investigação relacional sobre o organismo e o meio, passando a pesquisar a natureza humana. Interessou-se pela inteligência humana, a qual considerava tão natural quanto qualquer outra diferente estrutura orgânica, embora mais dotada de maior dependência do meio do que qualquer outra. A motivação reside no fato de que a inteligência é dependente do próprio meio para sua organização e construção, mediante trocas entre organismo e meio, que se realizam por intermédio da ação.

Em 1950 Jean Piaget publica a Introdução à epistemologia genética, registro textual que em 1970 é publicado no formato de breve resumo intitulado Epistemologia genética, obra

retardamento de até quatro anos em infantes na idade escolar, como traduz em imponente colóquio o próprio Piaget. Esse critério, porém, não expressa rigidamente que cada estágio de desenvolvimento seja inflexivelmente caracterizado por um conteúdo pré-determinado de pensamento, mas sim, por uma determinada atividade potencial passível de atingir um ou outro resultado, dependendo do meio no qual a criança está inserida em sua vida cotidiana.

Ferracioli (1999) explica ainda que:

> "... esse contínuo processo de desenvolvimento se dá através do restabelecimento do equilíbrio entre a estrutura precedente e a ação do meio, sendo que essas estruturas se sucedem de forma que cada uma assegura um equilíbrio mais estável do que o anterior, em direção a uma estrutura mais abrangente.
> (Ferracioli, 1999, p. 7)

Os estágios de desenvolvimento de tais estruturas foram apresentados de maneira sintética e explicativa por Piaget em algumas de suas produções textuais e podem ser classificados em quatro períodos principais, conforme disposto na figura abaixo:

Figura 2: Estágios de desenvolvimento da criança, segundo Jean Piaget

ESTÁDIO	FAIXA ETÁRIA APROXIMADA
Inteligência sensório-motora	Até 2 anos de idade
Inteligência simbólica ou pré-operatória	De 2 a 7, 8 anos
Inteligência operatória concreta	De 7, 8 anos a 11, 12 anos
Inteligência operatória formal	A partir de 12 anos

Fonte: Ferraciolli, 1999, p. 8.

Resumidamente, o estágio correspondente à inteligência sensório-motora, que estende-se de 0 a 2 anos de idade, caracteriza-se pela função simbólica, que consiste na representação de objetos e acontecimentos, tornando palpável a aquisição de linguagem ou símbolos, por exemplo. Partindo desse pressuposto ocorre o desenvolvimento de um pensamento simbólico e pré-conceitual, que em prosseguimento faz emergir o pensamento intuitivo que, em expansivas articulações, levam ao lume das operações. Operações traduzem ações internalizadas, isto é, uma ação realizada em pensamento, acerca de objetos simbólicos, pela representação de seu plausível acontecimento e de sua atribuição a objetos reais insculpidos em imagens mentais, ou por aplicação direta a sistemas simbólicos.

Evidentemente, saudáveis condições de maturação do indivíduo, suas experiências (ampliadas de forma sincopada com o próprio passar do tempo) e sua equilibração diante das novas e constantes situações e hipóteses oriundas da própria vida completam o quadro de desenvolvimento salutar e normal, pelo qual, espera-se que todo ser humano passe, desde o momento que nasce.

Conhecer está para a criança, como a própria criança está para o desenvolvimento. Entretanto, alguns pressupostos básicos, mormente relacionados às suas plenas condições de saúde e equilíbrio mental, são imprescindíveis ao seu enquadramento nos patamares definidos como normais, isto é, propícios às normais passagens, por todas as fases de crescimento e desenvolvimento físico, motor, cognitivo, emocional, dentre outras vertentes.

Quando dentro dos limiares de normalidade, qualquer criança naturalmente se auto-habilita para os atos comunicativos e sociais, muitos dos quais tem intervenção direta em suas vivências, experiências, observações e construções internas e externas, o que resulta, comumente, no ser adulto que será.

Outros teóricos palestram acerca da cognição humana, entretanto qualquer comparativo ou comparação teórico-metodológica não se faz necessária para efetuar prova de que a criança desenvolve-se de forma sincopada e progressiva, ganhando o mundo e habilidades/aptidões diferentes, com o passar dos anos, independendo tal fato, muitas vezes, até mesmo de suas dificuldades, problemas, enfermidades e moléstias. Parece que a natureza, junto à intervenção humana, sempre encontrarão um jeito facilitador, que levará tanto às saídas viáveis, quanto para histórias e trajetórias mais felizes.

UNICAMP - FE - BIBLIOTECA

CAPÍTULO III – DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA AUTISTA ENTRE 3 E 6 ANOS: O TUDO QUE É FACTUALMENTE, E O TUDO QUE SE PODE ALCANÇAR EFETIVAMENTE

> "Considerando-se o desenvolvimento cognitivo, mesmo levando-se em conta as dificuldades de avaliação (em que pese o sugerido pela literatura internacional), observa-se pequeno número de portadores de inteligência normal. Tal fato é categoricamente enfatizado, considerando-se real a ligação entre autismo e deficiência mental, estabelecendo-se a noção de um "continuum autístico" em função exatamente da variação de inteligência, com características sintomatológicas decorrentes desse perfil de desempenho."
>
> (Assumpção & Pimentel, 2000, s.II 38)

Considerando-se a prevalência e a caracterização sintomática do autismo infantil, e, evidenciando-se que seus traços exalam transparência desde os primeiros meses de vida do bebê, é importante frisar que as primeiras consultas e a busca de diagnóstico correlato, majoritariamente se dão no limiar do terceiro ano de idade da criança – período em que determinados prejuízos de ordem comunicativa e social já dão mostras incisivas.

A incidência do autismo infantil ainda ocorre como algo inusitado no seio da família, suscitando certa desordem, preocupação e frustração nos entes próximos, tendo em vista a parcial ausência de informações e literaturas que versem sobre a síndrome no sentido de desvelar suas minúcias e tratamentos recomendados. Nesse sentido, faz-se importante delinear um traçado dos principais caracteres sintomáticos autísticos, em sua associação às crianças de 3 a 6 anos, conforme expresso na tabela a seguir:

Tabela 6: Características clínicas de crianças autistas, dos 3 aos 6 anos

Período do desenvolvimento	Características clínicas
Segundo e terceiro anos	- Indiferente aos contatos sociais - Comunica-se mexendo a mão de adultos - Interesse em brinquedos, somente para alinhá-los - Relutância às novidades nos jogos - Busca por estímulos sensoriais, como ranger de dentes, comprimir ou arranhar superfícies, fixar o olhar em objetos que se movimentam (hélices, pêndulos, etc.) - Particularidades motoras: gira em torno de si, balança a cabeça, bate palmas, balança a cabeça, etc., de forma repetitiva

Sob tal égide, e conhecidos os caracteres clínicos do autismo infantil, que envolvem sintomas e dificuldades associadas, muitas das quais imprimem profundo impacto no desenvolvimento cognitivo progressivo da criança portadora do transtorno, especialmente em fase de 3 a 6 anos, período onde comumente, indivíduos enquadrados no padrão de normalidade têm expressiva expansão de conhecimento e aprendizado, faz-se importante elencar os tratamentos e métodos indicados para melhoria geral do quadro mencionado.

Nesses termos, convém pousar observância em dois recursos fomentados estritamente no sentido de propiciar maiores possibilidades de potenciação cognitiva para a criança autista: o método Miller e o método Teacch (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* - Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados com a Comunicação), que, consoante às proposições de Farah e Goldenberg (2001):

> "... se embasam na crença de um potencial, por menos visível que seja, a ser desenvolvido em uma criança autista e, assim sendo, oferecem a prática para tornar real o que para muitos é utópico: a melhor integração possível do autista na família, na escola e na sociedade."
>
> (Farah & Goldenberg, 2001, p. 19)

É pertinente, ainda, salientar que os dois métodos em voga originam-se e têm seu maior raio de atuação nos Estados Unidos, sendo o método Teacch, também aplicado no Brasil.

O método Miller foi construído no Centro de Desenvolvimento Cognitivo e da Linguagem (*The Language and Cognitive Development Center*, LCDC) de Boston, nos Estados Unidos. Consiste em escola direcionada às crianças com necessidades especiais na faixa etária de três e 14 anos. Compila também um programa clínico apropriado a crianças entre 18 e 36 meses. 0 Centro teve sua fundação em 1965, por iniciativa do Dr. Arnold Miller, PhD, mestre em psicologia pela Universidade de Clark (EUA), em companhia sua esposa, Dra. Eileen Eller-Miller, profissional fonoaudióloga.

Partindo do pressuposto de que a capacidade de avaliação e resposta ao mundo externo é primordial para a sobrevivência, bem como compreender os outros e se expressar são essenciais, foi idealizada a articulação dos sistemas de desenvolvimento cognitivo.

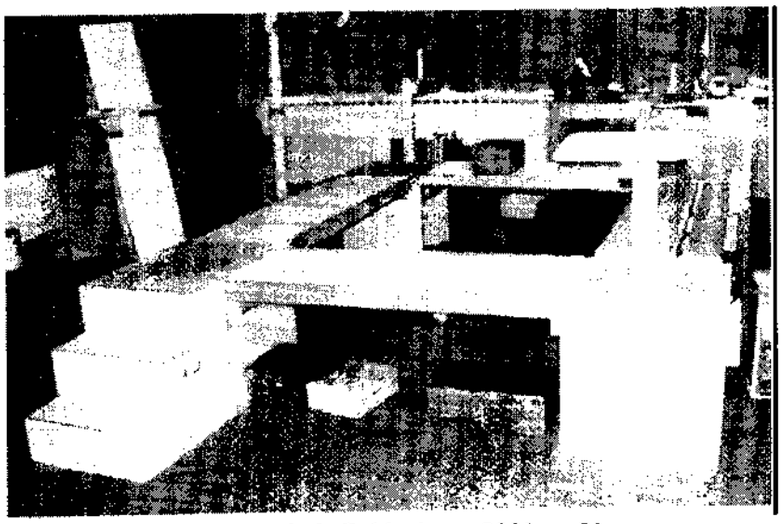
Essa abordagem examina a maneira peculiar com a qual cada criança reage ou não, em relação a diferentes vertentes de uma situação e seus entendimentos de realidade, os quais

correspondem à organização da criança e ao manejo de distintas relações (ação-pessoa; ação-objeto; ação-evento) e suas estimulações. Na hipótese de interrupção, esses sistemas organizam meios compensatórios auto-gerados de se restabelecimento, os quais constroem estruturas para a ação intencional e o desenvolvimento da linguagem. É realizado, assim, um trabalho que intenciona aumentar e transformar os sistemas de realidade dificultosos e enriquecer o repertório da criança, inserindo novos sistemas por intermédio de esferas (atividades segmentadas repetitivas e taxativamente preestabelecidas).

Mediante tal metodologia, a criança se capacita para realizar a transição de uma situação para outra sem angústia, e sua habilidade para lidar com diferentes situações cotidianas expande-se incisivamente. Tal processo materializa-se através de pranchas de madeira, elevadas 50 a 90 cm de altura do chão, com formato quadrangular - o *elevated square*, ou quadrado elevado. Todas as atividades realizadas pela criança nas pranchas têm narração (subir, descer, adentrar, acima, dentre outros) e são sempre acrescidas pela linguagem de sinais. Nesses termos, a criança se apropria de um repertório de significados, que pode ser absolutamente trazido para o solo. A criança se sente "orientada" pelos sinais e palavras contidos nessas atividades, estando estes relacionados com suas ações.

A figura que segue mostra o quadro elevado, importante ferramenta de trabalho do método Miller:

Figura 3: Elevated square (quadro elevado) do método Miller



Fonte: Farah & Goldenberg, 2001, p. 21.

O método Miller é apropriado para emprego junto às crianças autistas de 3 a 6 anos por compatibilizar-se com o padrão físico e motor das mesmas, tornando-se assim, meio

viável para estímulo e evidenciação de soluções para impulsão cognitiva desta, expandindo a comunicação, prática de novas experiências e realização de novas associações de conteúdos e significados, em transposição do quadro (elevado), tanto para o solo, quanto para outras situações cotidianas da própria criança em suas relações com o mundo exterior.

Já o programa Teacch (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), ou Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados com a Comunicação, consiste em programa educacional e clínico dotado de prática majoritariamente psicopedagógica, desenvolvido a partir de um projeto de pesquisa que primou por observar minuciosamente os padrões comportamentais de crianças autistas, em distintas situações e em relação a diferentes estímulos. O empreendimento Teacch foi criado em 1972 nos Estados Unidos (Universidade da Carolina do Norte), pelo Dr. Eric Schopler et al. do departamento de psiquiatria. Os estudos do Dr. Schopler indicam algumas conclusões concernentes às crianças autistas. Primeiramente, o autista é portador de uma síndrome, e bastante de suas discrepâncias comportamentais podem ser modificadas ao passo que ele consegue se expressar e compreender o que dele se espera. Outro ponto relevante é que as crianças autistas respondem melhor às situações dirigidas que às livres respondendo também, de forma mais consistente aos estímulos visuais do que aos estímulos auditivos. 0 método Teacch lança sustentáculos em proposições da teoria comportamental e da psicolingüística. Farah e Goldenberg (2007) acrescentam ainda que:

> "Além de indicar, especificar e definir operacionalmente os comportamentos-alvo a serem trabalhados, o terapeuta do programa Teacch tem a possibilidade de desenvolver categorias de repertórios que permitem avaliar de maneira qualitativa aspectos da interação e organização do comportamento, bem como o curso do desenvolvimento individual em seus diferentes níveis. É imprescindível que o terapeuta manipule o ambiente do autista de maneira que comportamentos indesejáveis desapareçam ou, pelo menos, sejam amenizados, e condutas adequadas recebam reforço positivo."
>
> (Farah & Goldenberg, 2001, p. 21-22)

Na área da psicolingüística, o método Teacch baseia-se nessa teoria partindo do pressuposto de que a imagem visual gera comunicação. A linguagem, primeiramente não-verbal, sendo um sistema simbólico complexo, sustenta-se na internalização de experiências. Ao mesmo passo que a linguagem não-verbal vai atrelando significados às ações e aos objetos, vai também materializando a linguagem interior. O corpo vai interiorizando

significados por intermédio da "ação no mundo" enquanto constrói progressivamente a comunicação (que pode ser oral, gestual, escrita). A linguagem, assim, é a conseqüência da transformação dos dados sensoriais e motores em símbolos integrados efetivamente.

Na área psicopedagógica, o método Teacch trabalha conjuntamente com a linguagem receptiva e a expressiva. São usados estímulos visuais (imagens, figuras, cartões), estímulos corporais (apontar, gestos, movimentos corporais) e estímulos audio-cinestesico-visuais (som, palavra, movimentos associados às imagens) para tanger a linguagem oral ou formas de comunicação alternativas.

É também indicado o método Teacch para potenciação das habilidades e progressão cognitiva da criança de 3 a 6 anos, portadora do autismo, visto que consoante à metodologia em voga, novamente são evidenciadas, treinadas e capacitadas às áreas de comunicação, expressão, reação às respostas, informações e estímulos internos, cujos resultantes eclodem externamente, em forma de interação majorada com o mundo circundante. Em síntese, toda a troca e o processamento de informações externas passa a internalizar-se de forma mais proficiente, fomentando maiores contatos com o mundo exterior e facilitando assim, o conhecer, o experimentar – matrizes essenciais da própria cognição.

Os métodos de treinamento e tratamento, coadjuvantes às interações medicamentosas indicadas para o trato do autismo consistem em partes, em fragmentações de um mesmo ato contíguo, que deve transcorrer de forma conjugada, para efetiva colheita de resultados consistentes.

A criança autista, enquadrada no período de 3 a 6 anos, de forma geral, passa pela efetiva descoberta da síndrome, e pela busca de adequado tratamento, o que por vezes, entrava e dificulta a efetiva aplicação de procedimentos que possam facilitar e impulsionar seu desenvolvimento cognitivo, mediante os prejuízos de ordem comunicacional e relacional, comuns ao próprio transtorno.

Até mesmo em confronto com a evolução científica hodierna, margens de confusão e erro se interpõem no caminho do correto diagnóstico e terapêutica do autismo infantil. Não podem, porém, tais discrepâncias, representarem obstáculo ao efetivo tratamento conjugado da síndrome, a qual, ainda que imprimindo marcadores severos, pólos de dificuldade na vida do portador e prejuízos cognitivos, tem tratamento bem delineado e em constante progressão contemporânea.

Mediante procedimentos medicamentosos e educativos adequados, o autismo infantil, quando incidente e identificado entre 3 e 6 anos, pode evoluir, de quadros de isolamento e inércia, a sincopados passos em direção ao desenvolvimento da criança autista, sua

experimentação e contato com o mundo de forma harmoniosa e resultante em diversos aprendizados, habilidades e manutenção dos potenciais cognitivos existentes.

Tudo isso, porque o autismo infantil não significa condenação, nem sentença cruel, mas condição diferenciada, que pode, dependendo de condutas correlatas, resultar em felizes níveis de desenvolvimento e crescimento pessoal, rumo a maiores graus de autonomia e inserção familiar/social/escolar, tanto quanto se espera, tanto quanto se deseja, dentro do quadro clínico estabelecido.

CONCLUSÃO

O autismo, transtorno de contornos regulares e aspectos clínico-sintomáticos característicos, teve sua primeira delineação efetiva através do psiquiatra americano Leo Kanner, no ano de no ano de 1943, com registro acerca de um grupo de onze casos clínicos de crianças que apresentavam problemáticas relacionadas ao contato social/comunicativo/afetivo/relacional.

Desde então, o transtorno autístico tem sido alvo de intermitentes estudos, pesquisas, proposições oriundas de diversos estudiosos, em vários países e logradouros diferentes. Várias teorias e interações terapêuticas foram fixadas em forma de usabilidade e literatura. Várias notações resultaram de experimentos, técnicas e meios de tratamento para o autismo.

Especialmente no que tange às crianças, os primeiros sintomas e características do autismo podem ser aferidos desde o início da vida infante, quando o bebê, ainda com meses de idade, passa a diferir consistentemente de outras crianças na mesma faixa etária, demonstrando certa ausência, inexistência de integração afetiva e contato com brincadeiras/objetos factualmente interessantes e apropriados para idade.

Também são notados, com efeito, prejuízos de ordem social, comunicativa, afetiva, dificuldades cognitivas, aversão às novidades, tendência a comportamentos repetitivos (muitas vezes auto-mutilantes) inexistência ou supressão significativa de fala, dentre outros; fomentando quadros que muitas vezes levam ao relegamento do paciente à margem da sociedade, à inutilidade e ao sub-aproveitamento de suas capacidades e habilidades.

O próprio diagnóstico do autismo infantil se dá de forma tendenciosamente dificultosa, tendo em vista outros tipos de síndrome (retardo mental, síndrome de Asperger, etc.) que, com similaridades correlatas ao autismo, dão margens a percalços e confusões no efetivo acerto de um diagnóstico equivalente, e conseqüente tratamento adequado. De forma geral, a identificação deliberada do autismo se dá quando a criança tem em média 3 anos de idade, período onde as discrepâncias em comparação com crianças normais são mais contundentes.

Uma das mais evidentes supressões concernentes ao autismo infantil ocorre no setor cognitivo. Em crianças de 3 a 6 anos de idade, período onde comumente há um impulso de aprendizado e conhecimento tanto de si mesmo, quanto do mundo circundante; a criança autista apresenta grandes perdas, observada sua relutância a novidades e negação da troca relacional entre pares e em todos os grupos que integra, mesmo o familiar. Sob tal égide, a

cognição – diretamente correlacionada com conhecer, experimentar, aprender, assimilar – tem severos danos na criança portadora do autismo.

Entretanto, e de forma bastante feliz, as progressões medicinais, terapêuticas e educativas contemporâneas tem fixado contraponto positivo na luta em favor do desenvolvimento da criança autista, estabelecendo meios, técnicas e substâncias que atuam em prol da criança portadora do distúrbio – para seu desenvolvimento potenciado dentro dos patamares possíveis e realizáveis.

Métodos educativos como o Teachh e o Miller representam maciças contribuições para a integração da criança autista com novidades, situações e trocas, mediante treinamento e progressiva expansão de si mesma sem a característica ansiedade e inerente insegurança, caracteres correlatos ao autismo.

O autismo infantil, mormente aquele aferido especialmente em faixa etária de 3 a 6 anos, tanto pode consignar entrave nas realizações cognitivas, relacionais, comunicacionais, afetivas, dentre outras; quanto pode representar simples diferença, que pressupõe também diferentes formas de tratamento e aprendizagem para aplicação junto à criança portadora da síndrome. Há assim, após equivalente diagnóstico, uma escolha premente: fazer da criança autista um ser dotado de potencial e em constante evolução, ou designá-la como produto defeituoso e, portanto, marginal à sociedade.

Como resposta para tal enigma, apenas uma notação: qualquer ser humano é único e especial. Similaridades e discrepâncias são comuns, mas o desenvolvimento é trajetória imutável para todos, não importando peculiaridades pessoais. Uma criança autista é diferente, mas possui um potencial brilhante, que obrigatoriamente deve ser valorizado e explorado, não somente para o seu bem, mas para a real progressão da sociedade, mundialmente estabelecida, ao idealizado e tão exaltado patamar de igualdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, I. G. H. & TAFURI, M. I. **Além do possível: investigações acerca do originário na clínica da criança autista**. Estilos da Clínica, vol. XII, n. 23. São Paulo, 2007.

ALLISON, D & CASEY, D. **Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature**. J Clin Psychiatry, n. 62, 2001.

AMA. **Associação de Amigos do Autista**. Home Page.
____ http://www.ama.org.br/html/home.php
Acessado em 27/09/08 às 22:49.

ANDRADE, S. A.; SANTOS, D. N.; BASTOS, A. C.; PEDROMÔNICO, M. R. M., ALMEIDA-FILHO, N. de. & BARRETO, M. L. **Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica**. Rev. Saúde Pública, vol. 39, n. 4. São Paulo, 2005.

ASSUMPÇÃO JR., F. B. & PIMENTEL, A. C. **Autismo infantil**. Rev. Bras. Psiquiatr., n. 22, supl. II. São Paulo, 2000.

AUTISMO. Adriana Latosinski Kuperstein. **Autismo**. Home Page.
____ http://www.autismo.com.br/site.htm
Acessado em 26/09/08 às 23:14.

AUTISTAS.ORG. **Informações sobre autismo para pais, amigos e familiares**. Home Page.
____ http://www.autistas.org/
Acessado em 27/09/08 às 22:57.

BALLABAN-GIL, K; RAPIN, I; TUCHMAN, R; FREEMAN, K, & SHINNAR, S. **The risk of seizures in autistic individuals: occurrence of a secondary peak in adolescence**. Epilepsia (Supl. 3). 1991.

BORDIN, S. M. S. **Fale com ele: um estudo neurolingüístico do autismo**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas, 2006.

BOSA, C. A. **As relações entre autismo, comportamento social e função executiva**. Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 14, n. 2. Porto Alegre, 2001.
____ **Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo**. Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 15, n. 1. Porto Alegre, 2002.

CAMPANÁRIO, I. S. & PINTO, J. M. **O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias: uma clínica da antecipação do sujeito**. Estilos da Clínica, vol. XI, n. 21. São Paulo, 2006.

CORRELL, C; PARIKH, U; KANE, J & MALHOTRA, A. **Atypical antipsychoticinduced nutritional and metabolic effects during development**. AACAP Scientific Proceedings; 2003.

COSTA, M. I. F. da & NUNESMAIA, H. G. da S. **Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil**. Arq. Neuropsiquiatr., vol. 56, n. 1. São Paulo, 1998.

FARAH, L. S. D. & GOLDENBERG, M. **O autismo entre dois pontos**. Revista Cefac, n. 3. São Paulo, 2001.

FERRACIOLI, L. **Aprendizagem, desenvolvimento e conhecimento na obra de Jean Piaget: uma análise do processo de ensino-aprendizagem**. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, vol. 1, n. 1.Brasília, jan/2001.

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R. & ROTTA, N. T. **Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Jornal de Pediatria, vol. 80, n. 2. (supl.). Porto Alegre, 2004.

GOMES, C. G. S. **Autismo e ensino de habilidades acadêmicas: adição e subtração**. Rev. Bras. Educ. Esp., vol. 13, n. 3. São Paulo, set/dez 2007.

GONZALEZ, F. J. **Influência do nível de desenvolvimento cognitivo na tomada de decisão durante jogos motores de situação**. Movimento, ano V, n. 10. Rio Grande do Sul, 1999.

GRILLO, E. & SILVA, R. J. M. da. **Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Jornal de Pediatria, vol. 80, n. 2. (supl.) Porto Alegre, 2004.

KASTRUP, V. **O devir-criança e a cognição contemporânea**. Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 13, n. 3. Porto Alegre, 2000.

KLIN, A. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral**. Rev. Bras. Psiquiatr., n. 28, supl. I. São Paulo, 2006.

LAMPREIA, C. **Enfoques cognitivista e desenvolvimentista do autismo: uma análise preliminar**. Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 17, n. 1. Porto Alegre, 2004.

LEME, M. I. da S. **Resolução de conflitos interpessoais: interações entre cognição e afetividade na cultura**. Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 17, n. 3. Porto Alegre, 2004.

LEON, V. C. de; SIQUEIRA, M.; PARENTE, M. A. & BOSA, C. **A especificidade da compreensão metafórica em crianças com autismo**. Psico, vol. 38, n. 3. Porto Alegre, set/dez 2007.

MESIBOV, G. **Current perspectives and issues in autism and adolescence**. In: Schopler E, Mesibov G, editors. Autism in Adolescents and Adults. New York and London: Plenum Press; 1983.

MORATO, E. M. **Linguagem e cognição: as reflexões de L. S. Vygotsky sobre a ação reguladora da linguagem**. Plexus Editora. São Paulo, 2002.

PARAVIDINI, J. L. L. **Identificação e o diagnóstico precoces de sinais de risco de autismo infantil**. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas/SP, 2002.

PIAGET, J. **Psicologia e Pedagogia**. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 1982.

RAMIRES, V. R. R. **Cognição social e Teoria do Apego: possíveis articulações**. Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 16, n. 2. Porto Alegre, 2003.

RAPIN, I. **Historical data**. Em I. Rapin (Org.), Preschool children with inadequate communication. Developmental language disorder, autism, low IQ, Mac Keith Press. London, 1996.

SCHMIDT, C. & BOSA, C. **A investigação o impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo**. Interação em Psicologia, vol. 7, n..2. Paraná, 2003.

TOMÉ, M. C. **Educação Física como auxiliara no desenvolvimento cognitivo e corporal de autistas**. Movimento & Percepção, vol. 8, n. 11. São Paulo, jul/dez 2007.