**AJES - INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA**

APROVADA

8,5

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO: AUTISMO

MARILENE SERAFIM DE SOUZA

marivima.01@hotmail.com

ORIENTADOR: PROF. DR. ILSO FERNANDES DO CARMO

BRASNORTE/2014

**AJES - INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA**

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO: AUTISMO

MARILENE SERAFIM DE SOUZA

ORIENTADOR: PROF. DR. ILSO FERNANDES DO CARMO

“Trabalho apresentado como exigência parcial para a obtenção do Título de Especialização em Psicopedagogia com Ênfase em Educação Infantil”

RESUMO

A escolha deste tema caracteriza-se pela necessidade de uma transmissão de conhecimentos e informações a respeito do autismo e suas particularidades.

O presente trabalho faz uma abordagem sobre o Autismo-Transtorno Global do Desenvolvimento, e suas diversas apresentações clínicas.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados on-line, compreendendo a problemática, utilizando as palavras chave Autismo, causas e tratamento.

O objetivo deste estudo foi descrever o autismo e suas manifestações.

Após a pesquisa, concluiu-se que existe a necessidade da realização de novas pesquisas científicas sobre o tema, procurando assim, um maior esclarecimento do autismo.

Palavras chave: Autismo. Causas. Tratamento.

SUMÁRIO

Introdução.....	04
Capítulo I: História do Autismo/ / Etiologia.....	07
Capítulo II: Diagnóstico.....	10
Capítulo III: Características comuns.....	12
Capítulo IV: Prevalência.....	17
Capítulo V: Tratamento.....	18
Conclusão.....	24
Referências bibliográficas.....	25

INTRODUÇÃO

Qualquer abordagem sobre o tópicu autismo infantil deve referenciar os pioneiros Leo Kanner e Hans Asperger que, separadamente, publicaram os primeiros trabalhos sobre esse transtorno. Kanner, em 1943, descreveu a condição de onze crianças consideradas especiais, com características diferentes de um conceito que estava muito em voga na época, a esquizofrenia infantil. A publicação de Kanner, intitulada *Autistic disturbance of affective contact*, na revista "Nervous Child" e a tese de doutorado de Asperger em 1944 continham descrições detalhadas de casos de autismo, e também ofereciam os primeiros esforços para explicar teoricamente tal transtorno. Ambos acreditavam que desde o nascimento havia um transtorno básico que originava problemas altamente característicos. Parece uma coincidência notável o fato de que ambos escolheram a palavra 'autista' para caracterizar a natureza do transtorno em questão. Na verdade, não é uma coincidência, uma vez que esse termo já tinha sido apresentado pelo eminente psiquiatra Eugen Bleuler em 1911. Originalmente, esse termo se referia a um transtorno básico em esquizofrenia (outro termo lançado por Bleuler), mais especificamente, o estreitamento do relacionamento com as pessoas e com o mundo exterior, um estreitamento tão extremo que parecia excluir tudo, exceto a própria pessoa. Este estreitamento poderia ser descrito como um afastamento da estrutura de vida social para a individualidade. Daí as palavras 'autista' e 'autismo', originárias da palavra grega *autos*, que significa 'próprio'. Atualmente, elas são aplicadas quase que exclusivamente ao transtorno de desenvolvimento chamado de autismo. Tanto Kanner, trabalhando em Baltimore, quanto Asperger, trabalhando em Viena, notaram casos de crianças diferentes que tinham em comum algumas características fascinantes. Acima de tudo, as crianças pareciam incapazes de desenvolver um relacionamento afetivo normal com as pessoas.

Em contraste ao conceito de esquizofrenia de Bleuler, o transtorno autista parecia existir desde o começo da vida do paciente. O artigo de Kanner tornou-se o mais citado em toda a literatura sobre autismo, enquanto que o artigo de Asperger, escrito em alemão e publicado durante a Segunda Guerra Mundial, foi largamente ignorado. Surgiu uma crença de que Asperger havia descrito um tipo diferente de

criança, que não devia ser confundido com o descrito por Kanner. A definição de autismo feita por Asperger, ou como ele a chamava, “psicopatologia autista”, é bem mais ampla que a de Kanner. Asperger incluía casos que mostravam um dano orgânico severo e aqueles que transitavam para a normalidade. Atualmente, o termo Síndrome de Asperger tende a ser reservado para as raras crianças autistas apenas ligeiramente afetadas (autismo de alto desempenho), que dão mostras mais claras de inteligência e altamente verbais. Já a síndrome de Kanner é frequentemente usada para indicar a criança com uma constelação de aspectos clássicos ou ‘nucleares’, assemelhando-se, em detalhes surpreendentes, às características que Kanner identificou em sua primeira descrição inspirada.

Kanner viria a reconhecer, mais tarde, que o termo autismo não deveria se referir a um afastamento da realidade com predominância do mundo interior, como se dizia acontecer na esquizofrenia. Para Kanner – e esta pode ser considerada uma das melhores definições do conceito – não haveria no autismo um fechamento do indivíduo sobre si mesmo, mas um tipo particular e específico de contato do indivíduo com o mundo exterior.

Nos anos 1950 e 1960, o psicólogo Bruno Bettelheim afirmou que a causa do autismo seria a indiferença da mãe, que denominou de “mãe-geladeira”. Nos anos 1970 essa teoria foi posta por terra e passou-se a pesquisar as causas do autismo. Ainda assim, autores como Rutter, afirmavam que o autista possuía uma incapacidade inata para estabelecer qualquer relação afetiva bem como para responder aos estímulos do meio.

Felizmente, essas teorias foram superadas e hoje acredita-se que o autismo esteja ligado a causas genéticas associadas a causas ambientais. Dentre as possíveis causas ambientais, a contaminação por mercúrio tem sido apontada por militantes da causa do autismo como forte candidata, assim como problemas na gestação.

Em 1943, o autismo foi conceituado pela primeira vez por Leo Kanner, como uma doença da linha das psicoses, caracterizada por isolamento extremo, alterações de linguagem representadas pela ausência de finalidade comunicativa, rituais do tipo obsessivo com tendência a mesmice e movimentos estereotipados. Nessa abordagem, a doença tinha suas origens em problemas das primeiras relações afetivas entre mãe e filho, que comprometem o contato social, idéia

extremamente defendida até meados dos anos 70. Hoje, essa doença é definida como um conjunto de sintomas de base orgânica, com implicações neurológicas e genéticas. Atualmente, o autismo é uma área de intenso interesse, em que diferentes estudos se estabelecem e promovem desde alterações conceituais até modificações terapêuticas de fundamental importância.

A origem do Autismo ainda é desconhecida, acredita-se que a origem do Autismo esteja relacionada com alguma anormalidade em alguma parte do cérebro ainda não definida, e provavelmente de origem genética, Antigamente, quando o autismo era mais desconhecido, existia uma hipótese que indicavam a causa do autismo estava relacionada à frieza ou rejeição materna.

O diagnóstico do autismo é feito basicamente através da avaliação do quadro clínico, Não existem testes laboratoriais para a detecção da síndrome, por isso, o diagnóstico deve ser feito por um profissional com formação em medicina e experiência clínica de vários anos diagnosticando essa síndrome.

As características comuns dentre os autistas estão relacionadas com os déficits na socialização, comunicação e comportamento.

As condições que podem estar associadas ao autismo são: agitação, agressividade, epilepsia, esquizofrenia, retardo mental, que também estão ligados com os transtornos autistas causadores de: ansiedade, alimentação, sono, humor dentre outros.

A prevalência do Autismo situa-se entre 10 e 20 casos por cada 10000 crianças e tem vindo a aumentar significativamente desde a década de 1960 sendo este aumento justificado pelo maior reconhecimento desta doença como problema de saúde pública e ainda pelas constantes mudanças na prática dos mesmos.

O tratamento do transtorno autista oscila conforme a gravidade e o quadro clínico do indivíduo. O autismo não tem cura.

O presente trabalho foi esquematizado em seis capítulos principais. Inicialmente procedendo a definição de conceitos, abordando de modo geral noções relacionadas ao espectro autista, impondo uma reflexão mais aprofundada sobre as manifestações clínicas, destacando suas principais características no domínio cognitivo, social e sensorial.

CAPÍTULO I

HISTÓRIA DO AUTISMO / ETIOLOGIA

A palavra autismo vem do grego “autos” que significa “eu próprio”, referindo-se a alguém retraído e absorto em si mesmo (ALMEIDA, 2005). Ao fazermos a revisão histórica sobre o surgimento do termo autismo, segundo, Eugen Bleuler (1857-1939) a utilização, pela primeira vez, do referido termo. Ao definir o termo autismo, descreveu um estado de desligamento da realidade acompanhado de uma predominância da vida interior, condicionado à dificuldade ou à impossibilidade de se comunicar com os outros, ou seja, é uma forma particular de “ser-no-mundo” referindo-se inicialmente como um modo de funcionamento mental característico da esquizofrenia.

Quando nos referimos a indivíduos autistas devemos considerar as suas características singulares, no entanto *“A personalidade autista é altamente distinta apesar das amplas diferenças individuais.”* (ASPERGER, 1994, p. 67). De fato, os autistas distinguem-se de quaisquer outros, não apenas pelo nível do distúrbio de contacto e das capacidades intelectuais, mas também pela sua personalidade e interesses peculiares, geralmente originais e variados.

É interessante fazermos uma comparação entre definições e os conceitos abaixo, observando o contraste existente entre o ponto de vista biomédico e o ponto de vista de sujeitos autistas:

“Autismo – fenômeno patológico caracterizado pelo desligamento da realidade exterior e criação mental de um mundo autônomo.” (FERREIRA, 2002:76).

Autismo é uma doença grave, crônica, incapacitante que compromete o desenvolvimento normal de uma criança... que relacionam-se com objetos, eventos e pessoas de maneira não usual, tudo levando a crer que haja um comprometimento orgânico do sistema nervoso central em níveis mais diversos. ... Não se sabe explicar exatamente o porquê da associação entre autismo e a deficiência mental. (GAUDERER, 1993:302).

“O Autismo é um jeito de ser. Não é possível separar o autismo da pessoa”.
(Jim Sinclair, autista, americano, conferencista sobre o tema Autismo).

... curiosamente, a maioria das pessoas fala apenas de crianças autistas e nunca de adultos, como se alguma maneira as crianças simplesmente sumissem da face do planeta. Mas embora possa haver de fato um quadro devastador aos três anos de idade, alguns jovens autistas, ao contrário das expectativas, podem conseguir desenvolver uma linguagem satisfatória,

alcançar habilidades sociais e mesmo conquistas altamente intelectuais... mesmo se encobrindo de uma singularidade autista... até profunda. (SACKS, 1995:260)

Em 1943, segundo o psiquiatra austríaco LEO KANNER (1894-1981), (1943), professor de Psiquiatria Infantil da Universidade John Hopkins (E.U. A), descreveu pela primeira vez a síndrome do autismo infantil. Em seu trabalho intitulado “Alterações Austríacas do Contato Afetivo (Autistic Disturbances of Affective Contact, 1943)”, Kanner descreveu a síndrome do autismo infantil precoce, diferenciando-a de outras psicoses graves na infância.

Para a realização do seu estudo, LEO KANNER (1984- 1981), (1943), observou onze crianças de classe média americana, em Maryland, nos Estados Unidos, descrevendo, posteriormente, um conjunto de características que as mesmas possuíam, tendo destacado três que são fundamentais: o isolamento ou solidão, a imutabilidade e a ausência de linguagem. Dois anos após a publicação desse estudo, Kanner definiu o fenômeno do autismo, destacando duas categorias: autismo primário, como aquele que ocorre desde o nascimento, e o autismo secundário, que se manifesta após alguns anos de vida do aluno.

Segundo KANNER (1943, p. 242),

o distúrbio fundamental mais surpreendente, patagnômico, é a incapacidade dessas crianças de estabelecer relações de maneira normal com as pessoas e situações desde o princípio de suas vidas.

Em relação à etiologia, o autor concluiu que as crianças autistas “*vieram ao mundo com a incapacidade inata de constituir o contrato afetivo habitual com as pessoas.*” (KANNER, 1943, p. 250).

Alguns meses depois de Kanner ter publicado seu artigo sobre o Autismo, outro médico vienense, segundo o doutor Hans Asperger (1994), divulgou os resultados de seus estudos de casos sobre várias crianças atendidas no Departamento de Pedagogia Terapêutica da Clínica Pediátrica Universitária de Viena, identificadas como tendo “psicopatia autista”.

Assim, as primeiras publicações sobre o autismo foram realizadas por Léo Kanner em 1943 e Hans ASPERGER em 1944, e ambos descreveram relatos sobre os casos que acompanhavam, apresentando suas suposições teóricas acerca da nova síndrome. É importante destacar que Asperger acreditava que a síndrome, por ele descrita, era diferente da apresentada por Kanner, porém, reconhecia algumas

similaridades entre elas, tais como: dificuldades no relacionamento interpessoal e na comunicação. Entretanto, ambos utilizaram o termo Autismo. Kanner denominou como Distúrbio Autístico do Contato Afetivo, e Asperger como Psicopatia Autística.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de autismo é feito basicamente através da avaliação do quadro clínico. Não existem testes laboratoriais para a detecção da síndrome, por isso, o diagnóstico deve ser feito por um profissional com formação em medicina e experiência clínica de vários anos diagnosticando essa síndrome, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Academia Americana de Psiquiatria, ou DSM-IV (2000). Normalmente, o médico solicita exames para investigar possíveis doenças que têm causas identificáveis e podem apresentar um quadro de autismo infantil, com a síndrome do X-frágil, fenilcetonúria ou esclerose tuberosa.

Desta forma, devido o autismo não possuir um marcador biológico, isto é, não possuir testes laboratoriais específicos, raramente o diagnóstico é conclusivo antes dos vinte e quatro meses, sendo que a idade mais frequente é superior aos trinta meses. Apesar de o diagnóstico ser relativamente difícil, este deve ser feito rapidamente, para que assim uma intervenção educacional especializada seja iniciada o mais rápido possível, segundo a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, ou o CID-10. É importante ressaltar que existem graus diferenciados de autismo, e que há intervenções adequadas a cada tipo ou grau de comprometimento.

Existem vários sistemas diagnósticos utilizados para a classificação do autismo. Os mais comuns são a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, ou CID-10, em sua décima versão, e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Academia Americana de Psiquiatria, ou DSM-IV.

DSM-IV (2000), lista quatro critérios da área de interação social que são qualitativamente prejudicadas ou até mesmo ausentes em crianças com autismo. O primeiro critério está relacionado na questão do uso de comportamentos não verbais, como expressões faciais, postura corporal e gestos comuns na interação social.

O segundo critério, segundo DSM-IV (2000), está relacionado na questão de relacionamentos. Crianças com autismo não possuem interesses em ter amigos, ou não sabem como estabelecer relacionamentos amigáveis. O terceiro critério, segundo DSM-IV (2000) , é a falta de espontaneidade em dividir momentos agradáveis, interesses ou conquistas com outras pessoas.

A falta de reciprocidade social ou emocional, segundo DSM-IV (2000) , é responsável pelo quarto critério. Por exemplo, uma pessoa com autismo pode monopolizar uma conversa sem perceber que a outra pessoa está chateada ou com pressa para terminar a conversa.

Uma vez diagnosticado o autismo em crianças, estas devem ser submetidas a uma intervenção educacional rapidamente.

CAPÍTULO III

CARACTERÍSTICAS COMUNS

Segundo FERRARI (2008), o autismo é definido como um transtorno invasivo do desenvolvimento, isto é, algo que faz parte da constituição do indivíduo e afeta sua evolução. Manifesta-se antes dos três anos de idade. O autista, em geral, apresenta comprometimentos em três importantes domínios do desenvolvimento humano: a comunicação, a sociabilização e a imaginação. A isto, denomina-se tríade.

1. Desvios qualitativos da comunicação

São assim chamados pela dificuldade em utilizar com sentido todos os aspectos da comunicação verbal e não verbal. Isto inclui gestos, expressões faciais, linguagem corporal, ritmo e modulação na linguagem verbal.

Portanto, dentro da grande variação possível na severidade do autismo, pode-se encontrar uma criança sem linguagem verbal e com dificuldades na comunicação por qualquer outra via – isto inclui ausência de uso de gestos ou um uso muito precário dos mesmos; ausência de expressão facial ou expressão facial incompreensível para os outros e assim por diante – como se pode, igualmente, encontrar crianças que apresentam linguagem verbal, porém esta é repetitiva e não comunicativa.

Muitas das crianças que apresentam linguagem verbal repetem simplesmente o que lhes foi dito. Este fenômeno é conhecido com ecolalia imediata. Outras crianças repetem frases ouvidas há horas, ou até mesmo dias antes (ecolalia tardia).

É comum que crianças com autismo e inteligência normal repitam frases ouvidas anteriormente e de forma perfeitamente adequada ao contexto, embora, geralmente nestes casos, o tom de voz soe estranho e pedante.

2. Desvios qualitativos na sociabilização

São o ponto crucial no autismo e o mais fácil de gerar falsas interpretações. Significam a dificuldade em relacionar-se com os outros, a incapacidade de compartilhar sentimentos, gostos e emoções e a dificuldade na discriminação entre

diferentes pessoas.

Muitas vezes a criança que tem autismo aparenta ser muito afetiva, por aproximar-se das pessoas abraçando-as e mexendo, por exemplo, em seu cabelo ou mesmo beijando-as quando na verdade ela adota indiscriminadamente esta postura, sem diferenciar pessoas, lugares ou momentos. Segundo Moreira (2005), , “os distúrbios na interação social dos autistas podem ser observados desde o início da vida. Com autistas típicos, o contato ‘olho a olho’ já se apresenta anormal antes do final do primeiro ano de vida”. Muitas crianças olham de canto de olho ou muito brevemente. Um grande número de crianças não demonstra postura antecipatória ao serem pegos pelos seus pais, podendo resistir ao toque ou ao abraço. Dificuldades em se moldar ao corpo dos pais, quando no colo, são observadas precocemente. Crianças que, posteriormente, receberam o diagnóstico de autismo, demonstravam falta de iniciativa, de curiosidade ou comportamento exploratório, quando bebês.

Frequentemente, os pais de autistas descrevem seus bebês como “felizes quando deixados sozinhos”, “como se estivessem dentro de uma concha”, “sempre em seu próprio mundo”. Os autistas têm um estilo “instrumental” de se relacionar, utilizando-se dos pais para conseguirem o que desejam. Um exemplo de modo instrumental de relacionamento ocorre quando a criança autista pega a mão da mãe e a utiliza para abrir uma porta em vez de abri-la com sua própria mão.

3. Desvios qualitativos na imaginação

Segundo CALDEIRA (2005), caracterizam-se por rigidez e inflexibilidade e se estendem às várias áreas do pensamento, linguagem e comportamento da pessoa. Podem ser exemplificadas por comportamentos obsessivos e ritualísticos, compreensões literais da linguagem, falta de aceitação das mudanças e dificuldades em processos criativos.

Esta dificuldade pode ser percebida por uma forma de brincar desprovida de criatividade e pela exploração peculiar de objetos e brinquedos. Usualmente, crianças autistas demonstram sérios problemas na compreensão e utilização da mímica, gestualidade e fala. Desde o início, os jogos de “faz-de-conta” e imitação social, amplamente observados nas crianças com desenvolvimento normal, são falhos ou inexistentes. Uma criança que tem autismo pode passar horas a fio

explorando a textura de um brinquedo, e costumam ser fascinadas por objetos ou elementos inusitados para uma criança, como zíperes ou cabelos. Em crianças que têm autismo e têm inteligência preservada, pode-se perceber a fixação em determinados assuntos, na maioria dos casos incomuns em crianças da mesma idade, como calendários ou animais pré-históricos, o que é confundido às vezes com nível de inteligência superior. CALDEIRA (2005).

As mudanças de rotina, como de casa, dos móveis, ou até mesmo de percurso, costumam perturbar bastante algumas dessas crianças. Apesar dessa resistência, os autistas.

Mantêm rotinas e rituais próprios. É comum insistirem em determinados movimentos, como abanar as mãos e rodopiar (movimentos estereotipados). Algumas preferem brincadeiras de ordenamento, alinhando objetos, por exemplo. Podem apresentar preocupação exagerada com temas restritos, como horários fixos de determinadas atividades ou compromissos, sendo que se cogita que os movimentos estereotipados estejam muito ligados a esta última característica, pois costumam ocorrer em horários fixos do dia.

O autismo pode manifestar-se desde os primeiros dias de vida, mas é comum pais relatarem que a criança passou por um período de normalidade anteriormente à manifestação dos sintomas.

É comum também esses pais relacionarem a algum evento familiar o desencadeamento do quadro de autismo do filho. Este evento, segundo KANNER (1943), pode ser uma doença ou cirurgia sofrida pela criança ou uma mudança ou chegada de um membro novo na família, a partir do qual a criança apresentaria regressão. Em muitos casos constatou-se que na verdade a regressão não existiu e que o fator desencadeante na realidade despertou a atenção dos pais para o desenvolvimento anormal da criança, mas a suspeita de regressão é uma suspeita importante e merece uma investigação mais profunda por parte do médico.

Normalmente, o que chama a atenção dos pais inicialmente, segundo SANTOS (2013), é que a criança é excessivamente calma e sonolenta ou então que chora sem consolo durante prolongados períodos de tempo. Uma queixa freqüente dos pais é o que o bebê não gosta do colo ou rejeita o aconchego.

Mais tarde os pais notarão que o bebê não imita, não aponta no sentido de compartilhar sentimentos ou sensações e não aprende a se comunicar com gestos comumente observados na maioria dos bebês, como acenar as mãos para cumprimentar ou despedir-se.

Geralmente, estas crianças não procuram o contato ocular ou o mantêm por um período de tempo muito curto.

É comum, segundo SANTOS (2013), o aparecimento de estereotípias, que podem ser movimentos repetitivos com as mãos ou com o corpo, a fixação do olhar nas mãos por períodos longos e hábitos como o de morder-se, morder as roupas ou puxar os cabelos.

Problemas de alimentação são freqüentes, podendo se manifestar pela recusa a se alimentar ou gosto restrito a poucos alimentos. Problemas de sono também são comuns.

Considera-se que em 30% dos casos de autismo, ocorra epilepsia, segundo, SANTOS (2013), o aparecimento da epilepsia é mais comum no começo da vida da criança ou na adolescência.

As manifestações citadas são as mais comuns, mas não são condições necessárias ou suficientes para o diagnóstico de autismo.

O Autismo pode ser detectado ainda na primeira infância, ou seja, antes de 18 meses, alguns autores afirmam que o autismo está presente desde o nascimento ou até mais cedo ainda, no período de gestação. Basicamente, o Autismo afeta três importantes áreas, ou seja, a comunicação, a interação social e o repertório restrito de comportamentos ou de interesses. Segundo Sturney e Sevin, (1994 apud SMITDH, 2008, p.367) alguns outros sintomas mais específicos se destacam nas 18 crianças com Autismo, onde cerca de 75 a 80% tem um diagnóstico simultâneo de retardo mental, 50% nunca desenvolveram a fala funcional, 40% apresentam comportamento auto - agressivo, e cerca 33% apresentam ataques.

RITVO (1976), publicou um livro sobre o Autismo, onde este seria uma derivação de uma patologia exclusiva do Sistema Nervoso Central. E seus déficits cognitivos ocorreriam desde o nascimento, mas que deveriam levar em conta os acontecimentos comportamentais. Já em 1978, RUTTER (1979), propôs uma definição para o Autismo, baseando-se em quatro critérios:

- atraso e desvio sociais não só como função de retardo social;
- problemas de comunicação não só como retardo mental;
- comportamentos incomuns, como movimentos estereotipados e maneirismos;
- início antes dos 30 meses de idade (apud Mercadante, 2002, p.36).

GAUDERER (1986), defendeu a Síndrome como uma doença crônica, incurável e de origem orgânica e deteriorização interacional, e GILLBERG (1990), considerou o Autismo como uma Síndrome Comportamental e por consequência de um distúrbio de desenvolvimento, apresenta múltiplas etiologias.

“Caracteriza-se por um déficit na interação social visualizado pela inabilidade em relacionar-se com o outro, usualmente combinado com déficits de linguagens e alterações de comportamentos”. (apud ASSUMPÇÃO, 2003, p.265).

Concordando com KANNER, SACKS (1995), relatava o autismo como diferente da esquizofrenia, onde seus sintomas aparecem bem mais cedo que no caso das esquizofrenias, onde os Autistas vivem em um mundo isolado, não relacionando com as mudanças do mundo externo. Sacks, afirmava também que o Autismo poderia ser adquirido, podendo surgir como em outras Síndromes na vida adulta, depois de certas formas de encefalite. (apud ORRÚ, 2009, p 22).

CAPÍTULO IV

PREVALÊNCIA

No ano de 1989, dizia-se que a Síndrome acometia quatro crianças a cada 10 mil nascidos, manifestando-se com mais prevalência no sexo masculino. Segundo ASSUMPÇÃO (2003, p.265) destaca que no DSM-IV (1996) a prevalência do Autismo é de quatro a cinco crianças em cada 10.000 e sua prevalência esta no sexo masculinos sendo três meninos para uma menina ou quatro meninos para uma menina, sendo que em meninas em geral o Transtorno se apresenta de forma mais grave. O neuropediatra GASPARG (1998), apud ORRÚ (2009, p.23) destaca um número maior, onde de cada 10 mil nascidos 20 crianças teriam a Síndrome, destacando ainda que o aumento possa ser em virtude dos melhores diagnósticos, junto com uma definição mais abrangente, onde esta Síndrome não se restringe a raça, cor, etnia ou grupo social.

Um dos principais epidemiologistas da área de Autismo, Eric Fombonne (2006), destaca em uma pesquisa mais recente realizada em 13 países 22 desenvolvidos, que considera a taxa de Autismo atual entre 10 e 16 para 10 mil. Os estudos mais recentes mostram esse crescimento, mas não existe até o momento nenhuma pesquisa que fale do aumento real do Autismo. (apud MERCADANTE, 2002, p.36):

- Duas a cada mil crianças têm algum distúrbio Autístico.
- Sendo este distúrbio quatro vezes mais comum em meninos do que meninas;
- O risco de recorrência desse transtorno na mesma família chega ser 200 vezes maior do que na população em geral;
- A maior incidência de riscos é entre irmãos;
- Cerca de 50% dos portadores desse distúrbio tem QI inferior a 50, e 95% abaixo de 100;
- Autistas com Retardo Mental (RM) são mais propensos a se mutilar.

CAPÍTULO V TRATAMENTO

O autismo não tem cura, mas existe uma melhora significativa com o tratamento. Assim quanto mais rápido for dado o diagnóstico, mais rápido será o início do processo do tratamento e conseqüentemente mais rápido surgirá melhora na pessoa autista. Com relação ao tratamento do autismo, não existe um tratamento único ou específico por isso ele pode ser realizado através de estimulação sensorial, modificação do comportamento, educação, tratamento à base de medicação, dietas, suplementos alimentares. Tudo isso já foi tentado, e cada uma dessas terapias obteve sua medida de sucesso. Certos autistas parecem responder bem a um determinado tratamento; outros, a outro. E alguns autistas requerem a internação por toda a vida, devido à falta de percepção do mundo exterior ou à violência do comportamento (GRANDIN; SCARIANO, 1999, p.20). Mas para Revière (2005) citado por GIARDINETTO (2009, p.22), “*o tratamento mais efetivo com crianças com autismo é a educação.*” O que é uma explicação plausível para o fato da crescente busca pela inclusão de alunos com necessidades especiais nas escolas brasileiras.

Da mesma forma que as características de um autista podem diferir das características de outro autista, o tratamento utilizado em um pode não ajudar o outro, por isso que cada caso deve ser analisado individualmente e conduzido ao tratamento mais adequado, e o diagnóstico para se iniciar o tratamento se dá através de alguns critérios que serão abordados a seguir.

Alguns critérios para o diagnóstico de autismo Os critérios aqui apresentados estão de acordo com os definidos e adotados pela AMA – Associação de Amigos Autistas.

Critérios de diagnóstico do autismo (CID-10):

Pelo menos 8 dos 16 itens especificados devem ser satisfeitos:

A) Lesão marcante na interação social recíproca, manifestada por pelo menos três dos próximos cinco itens:

1-Dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social;

2. Dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo;
3. Raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade;
4. Ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas.
5. Falta de reciprocidade social e emocional.

B) Marcante lesão na comunicação:

1. Ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes;
2. Diminuição de ações imaginativas e de imitação social;
3. Pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos;
4. Pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais;
5. Ausência de resposta emocional a ações verbais e não-verbais de outras pessoas.
6. Pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa.
7. Ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.

C) Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos próximos seis itens:

1. Obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse;
2. Apego específico a objetos incomuns; 3. Fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos;
4. Hábitos motores estereotipados e repetitivos;

5. Obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação;

6. Ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente.

D) Anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos para que o diagnóstico seja feito.

1. Critérios de diagnóstico do autismo (DSM-IV):

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

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

a. Destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como contato ocular, expressão facial, postura corporal e gestos para lidar com a interação social;

b. Dificuldade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento;

c. Falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: dificuldades em mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse;

d. Ausência de reciprocidade social ou emocional.

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

a. Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de tentativas de compensação através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas;

b. Em indivíduos com fala normal, destacada diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas;

c. Ausência de ações variadas, espontâneas e imaginárias ou ações de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento.

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

a. Obsessão por um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse que seja anormal tanto em intensidade quanto em foco;

b. Fidelidade aparentemente inflexível a rotinas ou rituais não funcionais específicos;

c. Hábitos motores estereotipados e repetitivos, por exemplo: agitação ou torção das mãos ou dedos, ou movimentos corporais complexos;

d. Obsessão por partes de objetos.

B) Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade:

1. Interação social.

2. Linguagem usada na comunicação social.

3. Ação simbólica ou imaginária.

C) O transtorno não é melhor classificado como transtorno de Rett ou doença degenerativa infantil.

Vale ressaltar que as informações dadas anteriormente nos critérios de diagnóstico de autismo servem apenas como uma referência. O diagnóstico exato deve ser feito apenas por um profissional qualificado que esteja a par da história do indivíduo.

Um programa de tratamento precoce, intensivo e apropriado, segundo SANTOS (2013), melhora muito a perspectiva de crianças pequenas com autismo. A maioria dos programas aumentará os interesses da criança com uma programação altamente estruturada de atividades construtivas. Os recursos visuais geralmente são úteis.

O tratamento do autismo tem mais êxito quando é direcionado às necessidades específicas da criança. Um especialista ou uma equipe experiente

deve desenvolver o programa para cada criança. Há várias terapias para autismo disponíveis; (SOUZA, 2004, apud GAUDERER (1997), incluindo:

Análise aplicada de comportamento (ABA);

Medicamentos;

Terapia ocupacional;

Fisioterapia;

Terapia do discurso/linguagem

Terapias de integração sensorial e da visão, segundo SOARES (2012), também são comuns no autismo, mas há poucas pesquisas que comprovam sua eficácia. O melhor plano de tratamento pode usar uma combinação de técnicas.

ANÁLISE APLICADA DO COMPORTAMENTO (ABA)

Este programa, segundo LEAR (2004), é para crianças pequenas com algum distúrbio dentro do espectro do autismo. Pode ser eficaz em alguns casos. A ABA usa uma abordagem de aprendizado individual que reforça a prática de várias habilidades. O objetivo é que a criança se aproxime do funcionamento normal do desenvolvimento.

Os programas de ABA, segundo LEAR (2004), normalmente são feitos na casa da criança sob a supervisão de um psicólogo comportamental. Esses programas podem ser muito caros e não foram amplamente adotados pelos sistemas escolares. Os pais muitas vezes procuram financiamento e auxílio profissional em outros lugares, o que pode ser difícil em muitas comunidades.

TEACCH

Outro programa, segundo MOREIRA (2005), é o Tratamento e educação para autistas e crianças com déficits relacionados à comunicação (TEACCH). O TEACCH foi desenvolvido como um programa estadual na Carolina do Norte, EUA. Ele utiliza programas com imagens e outros recursos visuais que ajudam a criança a trabalhar de forma independente e a organizar e estruturar seu ambiente.

O TEACCH, segundo MOREIRA (2005), tenta melhorar as habilidades e a adaptação de uma criança, ao mesmo tempo em que aceita os problemas associados aos distúrbios dentro do espectro do autismo. Diferente dos programas de ABA, os programas TEACCH não esperam que as crianças atinjam o desenvolvimento normal com o tratamento.

MEDICAMENTOS

Muitas vezes são usados medicamentos para tratar problemas comportamentais ou emocionais que os pacientes com autismo apresentem, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) , incluindo:

- Agressividade
- Ansiedade
- Problemas de atenção
- Compulsões extremas que a criança não pode controlar
- Hiperatividade
- Irritabilidade
- Alterações de humor
- Surtos
- Dificuldade para dormir
- Ataques de raiva

Atualmente, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) , somente a risperidona foi aprovada para tratar a irritabilidade e a agressividade do autismo que podem ocorrer em crianças de 5 a 16 anos. Outros medicamentos que também podem ser usados incluem ISRSs, divalproato de sódio e outros estabilizadores de humor e possivelmente estimulantes, como o metilfenidato. Não há medicamentos para tratar o problema subjacente do autismo.

CONCLUSÃO

Sabe-se, hoje, que o autismo é uma doença extremamente debilitante, e que o comprometimento dos autistas é tão complexo, que é difícil propor um tratamento que seja plenamente satisfatório e que funcione em todos os casos.

O que parece verdadeiro e indiscutível é que estas crianças são tão especiais que necessitam de uma equipa de profissionais de várias áreas que trabalhem conjuntamente para lhes proporcionar, a elas e aos seus familiares, uma convivência com o mundo mais fácil e proveitosa.

Embora, pareça que não há muito que se possa fazer para ajudá-las, sem dúvida que um trabalho de socialização é extremamente necessário e importante, pois por si só já provoca muitas mudanças no seu comportamento.

É certo que na comunidade científica, ainda não existe um consenso generalizado, por isso alguns defendem que se deveria deixá-las no seu "mundo particular", pois na maior parte do tempo, estas crianças aparentam estar felizes, mas parece que este é somente um meio de negar a responsabilidade de toda uma sociedade frente a estes pequenos prisioneiros dos seus próprios corpos e das suas famílias, tão aflitas por um restinho de esperança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASPERGER, H. **Autistic psychopathy in childhood**. In: U. Frith (Ed.). **Autism and Asperger syndrome** (p. 37-92). Londres: Cambridge University Press, 1994. (Trabalho original publicado em 1944).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-IV-TR. Associação Americana de Psiquiatria. DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 2002.

ALMEIDA, A.L. **Interação de crianças autistas com o mundo digital: uma travessia de emoção e prazer**. Florianópolis: UFSC/PPGEP. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 25 ago. 2005

ASSUMPÇÃO, JR. F.B.; PIMENTEL, A.C. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Maltese, 2000.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, Francisco B. **Tratado da psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BAPTISTA, Claudio Roberto, **Autismo e educação**. Porto Alegre: Artmed, 2002..

BEREOHFF, A. M. P; LEPPAS, ASS; FREIRE, L.H.V. **Considerações técnicas sobre o atendimento psicopedagógico do educando portador de condutas típicas da síndrome do autismo e de psicoses infanto-juvenis**. Brasília: Asteca, 1994.

BLEULER, E. **Dementia praecox oder die gruppe der schizophrenien**. Trad. Resumida para a língua francesa por Henri Ey. Paris: Anaclitix, 1964. (Originalmente publicado em 1911).

CALDEIRA, Pedro. Abordagens à problemática do autismo-caracterização e intervenção. **Jornadas de Formação Caldas da Rainha**, jun. 2005.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

FERRARI, P. **Autismo infantil: o que é e como tratar**. São Paulo: Paulinas, 2008.

FERREIRA, Aurélio N. Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

GLAT, Rosana (org.). **Educação inclusiva, cultura e cotidiano escolar** Rio de Janeiro: 7 letras, 2007.

GAUDERER, E. C. **Autismo e outros atrasos no desenvolvimento - uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. São Paulo: Sarvier, 1986.

GAUDERER, E C. **Autismo e outros atrasos no desenvolvimento** - guia prático para pais e profissionais. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GIARDINETTO, Andréa R. dos S. B. **Comparando a interação social de crianças autistas**: as contribuições do programa teacch e do currículo funcional natural. São Carlos, 2005. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos.

GILLBERG, C. **Infantile autism**: diagnosis and treatment. Acta Psychiatr Scand; 81:209-15,1990.

GRANDIN, Temple; SCARIANO, Margaret M. **Uma menina estranha**: autobiografia de uma autista. São Paulo: Cia. das Letras, 1999.

KANNER, L. **Affective disturbances of affective contact. The nervous Child**, 1943. Journal: Nervous Child; Year: 1943; Volume: 2; Page(s): pp. 217-250. Full Item: Read Full

LEBOYER, Marion. **Autismo infantil (fatos e modelos)**. Campinas: Papyrus, 1995.

LEAR, Kathy. **Manual treinamento ABA (help us learn) um programa de treinamento em ABA (análise do comportamento aplicada) em ritmo auto-estabelecido**. 2004. Disponível em: <<http://www.autismo.psicologiaeciencia.com.br/wpcontent/uploads/2012/07/Autismo-ajude-nos-a-aprender.pdf>>. Acesso em 10 jul. 2015.

MANTOAN, Maria Tereza Éder. **A integração de pessoas com deficiência**. São Paulo: Memmon, 1997.

MERCADANTE, Marcos Tomanik. **Autismo e cérebro social**. São Paulo: Segmento Farma, 2002.

MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

MOREIRA, Patrícia. **Autismo**: a difícil arte de educar. Psicologia.com. pt. O portal dos Psicólogos. Universidade Luterana do Brasil. Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0250.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2013.

ORRÚ, Sílvia Ester. **Autismo, linguagem e educação**: interação social no cotidiano escolar. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009

OMS. Organização Mundial da Saúde. CID 10. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados á saúde**. 2. ed, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995

RIVIÈRE, Angel. **O autismo e os transtornos globais do desenvolvimento**. In: MARCHESI, A. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades especiais**. 2. ed., v. 3, pp. 234-253. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RITVO, E. R; ORNITZ, E. M. **Autism: diagnosis, current research and management**. New York: Spectrum; 1976.

RUTTER, M. E. **Diagnosis and deflection**. In: RUTTER, M. E.; SCHOPLER, E. (Eds). **Autism: a reappraisal of concepts and treatment**. New York: Plenum press (Ed), 1979.

SACKS, Oliver. **Um antropólogo em Marte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SANTOS, Neide Pereira. **O desenvolvimento intelectual da criança com autismo e o método TEACCH**. São Paulo, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Licenciatura em Pedagogia. Faculdade Método de São Paulo.

SALVADOR, Nilton. **Vida de autista**. Porto Alegre: Aje Editora Ltda., 1993.

SCHOPLER. E.& MESIBOV, G. (Eds.). **Behavioral issues in autism**. New York: Plenum Press, 1994.

SMITDH, Deborah D. **Introdução a educação especial: ensinar em tempos de inclusão**. Porto Alegre: Artmed. 2008.

SOARES, Diogo; RIBEIRO, Mariana; CALEIRO, Miquelina; LIMA, Miriam; LUZ, Soraia. **Intervenção precoce: intervenção junto da criança e da família**. Portugal, Universidade de Évora, 2012.