

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UM ENFOQUE DA ARTE NO
ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO
DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA EM AUTISMO.

CURITIBA
2004

JUREMA CANTELE DOBIJENSKI

**UM ENFOQUE DA ARTE NO
ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO
DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA EM AUTISMO.**

Monografia apresentada para obtenção do
título de Pós Graduação em Educação
Inclusiva pela Universidade Federal do
Paraná.

Orientadora: Maria Beatriz S. F. Ale

**CURITIBA
2004**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

<i>I – INTRODUÇÃO</i>	01
1.1 - Contexto do Problema	05
1.2 - Problema	08
1.3 - Importância do Problema	09
<i>II – REFERÊNCIAL TEÓRICO</i>	
2.1 - Conceito e Definições Atuais de Autismo	13
2.2 - Abordagem Quanto à Etiologia	17
2.2.1 - Visão Psicanalítica	17
2.2.2 - Visão Organicista	21
2.3 - Diagnóstico Diferencial	26
2.3.1 – Surdez	27
2.3.2 - Cegueira	28
2.3.3 - Síndrome de Rett	29
2.3.4 – Esquizofrenia	30
2.3.5 - Desordem de Desenvolvimento Universal	33
2.3.6 - Doenças Degenerativas do Sistema Nervoso	34
2.3.7 - Distúrbio do Desenvolvimento da Linguagem	35
2.3.8 - Deficiência Mental	36
2.4 - Caracterização do Portador de Autismo	37
2.5 – Prognóstico	43
2.6 - Fundamentos e Contribuições da Arte	48
2.7 - Clínica Psicopedagógica	52
<i>III – CONCLUSÃO</i>	55
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	57

APRESENTAÇÃO

Sendo aluna do curso de Pós Graduação em Educação Inclusiva Especial, houve a proposta de um trabalho monográfico como conclusão do referido curso.

Optou-se pelo tema “Um enfoque da Arte no Entendimento Psicopedagógico com Crianças com Deficiência em Autismo”, por ser a Educação Especial uma área de interesse da autora, que possui especialização em psicopedagogia, e por haver por parte da mesma grande interesse de aprofundamento da interferência da arte no citado atendimento com crianças portadoras da referida Síndrome Neurológica.

Cabe salientar que o presente trabalho monográfico caracteriza-se por ser uma pesquisa bibliográfica, não tendo a pretensão de esgotar o assunto, sempre tão polêmico e diariamente estando descortinado pelas ciências que o investigam.

I – INTRODUÇÃO

A sociedade como um todo, culturalmente acostumou-se a fazer uma dicotomia entre o sadio e o doente, o bom e o ruim, o louco e o são, separando-os como se não fizessem parte de uma mesma estrutura social. Percebe-se esta atitude com de auto-defesa, pois as fronteiras entre o “normal” e o “anormal” tornam-se a cada dia de mais difícil percepção.

Infelizmente, é comum ver-se diagnósticos sendo feitos a toda gente, a toda a hora, pelo guarda da rua, pelo ascensorista do elevador e pelo motorista do ônibus. O que era próprio da classe médica, parece que está se difundindo, as pessoas estão tendo necessidades de se distinguir. Mas, será o “normal” o que circula pelas ruas em maior quantidade?

Dentre as anomalias com as quais nos sensibilizamos, encontra-se o Autismo Infantil, na qual tem-se uma criança sadia e perfeita ao nascer, que aos poucos priva-se de todo e qualquer contato afetivo com as pessoas que a cercam de toda atenção e carinho. Tratando-se de uma perturbação no desenvolvimento.

“Poucas doenças imobilizam mais o ser humano do que o Autismo. Temos uma criança normalmente bonita, sem sinais óbvios de lesão, que não nos fixa nos olhos, se esquiva, não nos responde, não interage conosco. Logo fere o nosso amor próprio, o nosso narcisismo, a nossa onipotência e a nossa auto-estima.” (ROCHA).

Como é notável, causa muita frustração e exige grande estrutura psíquica, fé e esperança no contato freqüente com crianças portadoras de autismo. Poucas são as opções de Instituições Educacionais que os aceitam,

mesmo quando detentores de potencial para aprender. Nossas Escolas Especiais, na maior parte, aglomeram diversas problemáticas diferenciadas em uma mesma classe escolar, não tendo condições para um atendimento diferencial, no qual profissionais tenham sido altamente especializados.

A angústia e ansiedade provocada nos pais de crianças portadoras de autismo, faz com que freqüentemente estes partam em busca de diversos atendimentos clínicos que possam vir a ser uma esperança de modificação do quadro tão agravante. Entre os atendimentos procurados situa-se: Fonoaudiologia, Musicoterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia e outros. O almejo de condições melhores para as crianças e conseqüentemente para a família, não raramente leva as crianças a uma sobrecarga de atividades terapêuticas, vindo até certo ponto, desrespeitá-las no sentido de privá-las de lazer em função de treinos que a façam levar e aproximar-se do “normal”.

Tendo ciência desta ocorrência, e, por outro lado dos fatores benéficos da arte nessas crianças, que não carecem de sensibilidade, pretende-se aprofundar a contribuição da arte em enquadre psicopedagógico. Convém sublinhar que deseja-se utilizar da arte, não como mais um método, técnica ou recurso para moldar comportamento, mas como fonte de prazer, de respeito à pessoa enquanto ser, possível de relação.

“Além do diálogo com palavras, existe a dignidade do olhar, o gesto que substitui a fala, o rosto que continua “espelho da alma”, e o corpo que fala. A expressão facial, os pequenos gestos do cotidiano que fazem lembrar do outro, da existência do outro, como um presente.” (GADOTTI).

Idealiza-se poder não fazer cobranças, sendo o atendimento Psicopedagógico a hora e o local em que as crianças portadoras de autismo possam ser aceitas sendo como são, levando-as ao contato com o próprio corpo, a cor, a textura, o belo e gratificante para elas; assim como elementos de maior

relevância como água, areia, argila. Não têm-se a pretensão de produtos ou resultados concretos; dá-se prioridade ao processo, pois como bem coloca Rollo May: “expressamos a nossa existência criando”. E é através destes momentos da mais pura expressão que pretende-se proporcionar-lhes momentos simplesmente felizes. Considera-se que a arte servirá de referencial e meio de contato das crianças com o mundo externo, e que, se for seu desejo, manifestará, mesmo através do que não é dito, seu desejo de “pertencer” ao mesmo. Crê-se que, aí sim, deve-se investir em estratégias que favoreçam o fortalecimento deste vínculo.

Possui-se conhecimento da provável dificuldade dos pais em aprovar esta postura, pelos motivos já mencionados que lhes fazem pôr-se em busca de profissionais que lhes assegurem a proximidade de parâmetros da normalidade. Também acredita-se que o profissional necessita despir-se de pré-conceitos e concepções culturalmente adquiridos e emergir no âmago da essência tendo em vista que:

“Certamente precisamos do outro para nos reconhecermos enquanto homens. Não um espelho, mas um testemunho do outro que nos “dá” a existência. Mas esse “outro exterior” não elimina a duplicidade do “eu” e a luta que o mantém em movimento”. (GADOTTI).

O presente trabalho monográfico, restringe-se em coleta de dados teóricos que possam a vir a ser sedimentados para futura experimentação prática, a fim de comprovar ou não sua eficácia, pois:

“Se não expressarmos nossas idéias originais, se não dermos ouvidos ao nosso “eu interior”, estaremos traindo a nós mesmos e a comunidade, por não contribuir para o todo”. (MAY).

1.1 Contexto do Problema

A história é lamentavelmente testemunha dos problemas e dificuldades vividas ao longo dos tempos pelos grupos minoritários, e por assim dizer diferentes, distintos, deficientes. Problemas esses que dizem respeito a imaturidade cultural da humanidade, pois:

“Sempre existirão ao nosso lado pessoas diferentes, mas para uma sociedade madura, as diferenças são enriquecedoras e potencializadoras da educação e respeito mútuos.” (Desconhecido).

Embora seja de má ingestão, sabe-se que existe a tendência de afastar o que, ou quem “perturba” ou “ameaça” a ordem social, a tal dimensão que é de médicos psiquiatras a seguinte observação:

“... os problemas humanos aos quais eles têm de responder não são problemas estritamente individuais – a maioria das vezes – mas sim verdadeiramente criados pela sociedade em que vivemos.” (MANNONI).

Quem assumiu a postura de “anjo da guarda” do diferente, “anormal”, excepcional, hoje designado portador de necessidades especiais foi Educação Especial, que assim os classifica:

- Deficiência Mental
- Deficiência Física Não Sensorial

- Deficiência Visual
- Deficiência Auditiva
- Múltiplas Deficiências
- Distúrbios Graves de Comportamento
- Superdotação
- Distúrbios Específicos de Aprendizagem

Por ser este trabalho focado na criança portadora de autismo, convém situar que a mesma encontra-se na subdivisão "Distúrbios Graves de Comportamento", caracterizando-se por problemas de desenvolvimento, com desvio de comportamento emocional e social, dificuldade de adaptação e desempenho escolar.

Há todo um amparo legal para a Educação Especial no Brasil, regulamentado pelo Artigo 9º da Lei 5692/71 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

"Os alunos que apresentam deficiências físicas ou mentais, os que se encontram em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os super dotados deverão receber tratamento especial, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação." (CANZIANI).

Consta na Declaração dos Direitos da Criança, princípio 5º.

"A criança incapacitada física ou mentalmente, ou que sofra algum impedimento social serão proporcionados o tratamento, educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição peculiar." (CANZIANI).

Muitas mais são as referências existentes, como no Paraná a Deliberação 020/86 do Conselho Estadual de Educação, entre outras.

Em se tratando do enigma que dá para se dizer do Autismo Infantil e também pela sua gravidade e obscuridade em termos de prognóstico, pensa-se em uma modalidade diferente das já existentes, embasada em uma filosofia humanista inserindo a arte no atendimento psicopedagógico. Ressalta-se que através de pesquisa bibliográfica não houve menção alguma à contribuição da arte em atendimento psicopedagógico com crianças portadoras de autismo na abordagem que se espera abranger.

“Duvida-se e subestima-se, muitas vezes, a capacidade criadora dos excepcionais (...), freqüentemente, enfatiza-se mais os produtos realizados do que o envolvimento de tais crianças no processo criador.” (NOVAES).

Acredita-se nas possibilidades da arte, mesmo que a médio ou longo prazo e tendo conhecimento de que:

“... de todas as doenças com que deparei enquanto fazia pediatria, por mais enigmática que fosse, nenhuma me desconcertou mais do que o autismo. Perante ele qualquer pessoa fica perplexa e se sente impotente.” (GAUDERER).

1.2 Problema

Considerando o exposto, como a arte seria um fator benéfico para a criança portadora de autismo em atendimento psicopedagógico?

1.3 Importância do Problema

Sendo a criança portadora de autismo um ser isolado, que vive em seu próprio mundo interior, conseqüentemente possui dificuldades para se comunicar, acredita-se que a arte possa lhe ser benéfica no sentido de que:

“É através de sua força criadora que o homem se liberta e se realiza plenamente, encontrando no processo criador, forças que possam compensar deficiências pessoais, limites circunstanciais e obstáculos provocados por incapacidades físicas ou mentais”.

“... já foi suficientemente comprovado que as atividades criadoras poderão desenvolver o auto-conceito dos excepcionais, além de sua adaptação escolar e social e processo de integração à comunidade.” (NOVAES).

Anteriormente já esclareceu-se que o objetivo da presente proposta não concretiza-se nos princípios da Educação Especial: normalização e integração, e sim na escuta e respeito à criança e suas necessidades.

Considerando estes pressupostos, aponta-se à seguir pontos de vista de alguns estudiosos da importância da arte, primeiramente na vida da criança, generalizadamente, depois enfocando especificamente a criança portadora de distúrbio grave de comportamento, como é o caso do autismo.

Maria Helena Novaes, expõe que:

“É preciso reforçar a certeza de que a formação integral da personalidade do educando será

incompleta sempre que se relegar a um segundo plano a expressão criadora, sendo fundamental considerar que, para o indivíduo, o fato de expressar-se livremente é muito mais significativo que o produto propriamente criado. Não é na opinião que os outros formulam a respeito da coisa criada para a pessoa que a concebeu, pois é uma extensão de si própria de si mesma.” (NOVAES).

Por intermédio de Francis F. Crose, pode-se dar ênfase à algumas peculiaridades da arte:

“É interessante notar que o esforço criador infantil, seus desenhos, pinturas, modelagens, etc., é provavelmente o melhor recurso que dispomos para conhecer a criança e abrir as portas para sua futura expressão criadora. Devemos conhecer a linguagem artística da criança. Uma vez que o mundo de criação próprio da criança nos é dado através de suas pinturas, aprendemos coisas sobre ela e seu meio.” (CROSE).

Ana Alice Francisquetti enfatiza:

“... o valor terapêutico de todas as atividades criadoras consiste na ação global que essas exercem sobre a personalidade, sendo benéfico à todas as pessoas.” (FRANCISQUETTI).

Edith Kramer salienta a disponibilidade e prazer com que as crianças psicologicamente enfermas dispõem-se a deparar-se e enfrentar-se através da arte:

“Parece que a satisfação na arte depende, definitivamente, menos na realização de um desejo do que na criação de um mundo simbólico narcisisticamente orientado, o qual, freqüentemente expressa uma verdade difícil de tolerar, faz alusão exclusivamente a seu autor, de tal forma que tudo o que contém a produção artística reflita sua pessoa e suas vivências, tanto conscientes como inconscientes.”

(...)

“A produção artística constitui meramente um sintoma de um estado. Trata-se de um rendimento que mobiliza e liga grandes quantidades de energia.”
(KRAMER).

A respeito do trabalho pela criança por intermédio da arte, prossegue

Kramer:

“O conteúdo manifesto de uma produção artística pode vir dominado por um desejo, porém a forma que adota, em formas finais, este desejo expressa muitas outras coisas, algumas delas contraditórias, existentes na personalidade da criança; por exemplo, os conflitos que se ocultam por trás do desejo, as debilidades do EU, suas perturbações, relações objetais, etc. a criança psiquicamente enferma se enfrenta, por conseguinte, com a expressão de sua própria patologia quando realiza um trabalho artístico.” (KRAMER).

Muito respeitada na Educação Especial, Helena Antipoff dá seu parecer:

“Nas atividades artísticas livres, não impostas pelo educadora criança encontra, como no jogo, uma válvula de escape para suas energias, descarga para suas emoções e meio legal para expressar seus sentimentos, quaisquer que sejam eles, do ponto de vista social e moral (...). É nas atividades artísticas, em grande parte, quando bem orientadas, que a criança pode encontrar excelente meio para desenvolver sua personalidade, ou equilibra-la melhor, quando se trata de jovens desajustados.” (KRAMER).

Viktor Lowenfeld, muito destacado na área de arte-educação, refere-se à abrangência dos benefícios da arte:

“(...) Mas ao mesmo tempo que cria, (a criança) se confrontará constantemente com suas próprias experiências, libertando-se, desse modo, de suas tensões e fadiga emocional, fato tão importante para seu bem estar futuro. Porém, a arte não serve unicamente como válvula de escape emocional, mas também como fonte permanente de satisfação para a criança, ao permitir-lhe organizar seus pensamentos e sentimentos usando os materiais em suas criações. Essa capacidade de organização é o que converte o caos em ordem e torna apto ao que dela carecia.” (LOWENFELD).

Crê-se ter podido relevar o papel imprescindível da arte junto a criança portadora de autismo, conforme opinião de tão renomados autores anteriormente citados.

II – REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Conceito e Definições Atuais de Autismo

Etimologicamente a palavra Autismo vem de “autos”, que em grego significa “a si mesmo”, alguém que está absorto, envolto ou retraído em si mesmo.

Até então reconhecida como esquizofrenia infantil, Leo Kanner foi o primeiro a desenvolver em 1943 o estado que denomina “autismo infantil precoce”, no artigo: “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”:

“São chamadas autistas as crianças que têm inaptidão para estabelecer relações normais com o outro; um atraso na aquisição da linguagem e, quando ela se desenvolve, uma capacidade de lhe dar um valor de comunicação. Essas crianças apresentam igualmente estereotipais gestuais, uma necessidade imperiosa de manter imutável seu ambiente material, ainda que dêem provas de uma memória freqüentemente notável. Contrastando com esse quadro, elas têm, a julgar por seu aspecto exterior, um rosto inteligente e uma aparência física normal.” (KANNER e LEBOYER).

Kanner escolheu o termo “autismo”, pelo distúrbio central encontrado que é a “inaptidão das crianças em estabelecer relações normais com as pessoas e em reagir normalmente às situações desde o início da vida”. Inicialmente, Kanner sugeriu o caráter inato do autismo, após estudos com outros

pesquisadores, observaram que essa síndrome poderia aparecer mais tarde sendo o limite fixado aos 30 meses.

Gauderer, Psiquiatra Infantil, tem seu conceito amplamente divulgado:

“Autismo é uma doença grave, crônica, incapacitante, que compromete o desenvolvimento normal de uma criança, e se manifesta tipicamente antes do 3º ano de vida. Caracteriza-se por lesar e diminuir o ritmo do desenvolvimento psico-neurológico social e lingüístico. Estas crianças também apresentam reações anormais a sensações diversas como ouvir, ver, tocar, sentir, equilibrar e degustar. A linguagem é atrasada ou não se manifesta. Relacionam-se com pessoas, objetos ou eventos de uma maneira não usual, tudo levando a crer que haja um comprometimento orgânico do Sistema Nervoso Central.” (GAUDERER).

Atualmente três definições destacam-se:

1º) Definição resumida de autismo da “The National Society for Autistic Children”, USA – 1978.

“Autismo é uma inadequacidade no desenvolvimento que se manifesta grave, durante toda a vida. É incapacitante, e aparece tipicamente nos três primeiros anos de vida. Acontece cerca de 5 entre cada 10.000 nascidos e é 4 vezes mais comum entre meninos do que meninas. É uma enfermidade encontrada em todo mundo e em famílias de toda configuração racial, étnica e social. Não se

conseguiu provar nenhuma causa psicológica no meio ambiente dessas crianças que possa causar autismo.” (GAUDERER).

2º) Definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) que está contida na 9ª edição da classificação internacional de doenças (1984):

“Autismo Infantil é uma síndrome presente desde o nascimento e se manifesta invariavelmente antes dos 30 meses de idade. Caracteriza-se por respostas anormais a estímulos auditivos ou visuais, e problemas graves quanto a compreensão da linguagem falada. A fala custa a aparecer, quando isso acontece, nota-se ecolalia, uso inadequado dos pronomes, estruturação gramatical imatura, incapacidade de usar termos abstratos. Há também, em geral, uma incapacidade da utilização social tanto da linguagem verbal como da corporal. Ocorrem problemas muito graves de relacionamento social antes dos 5 anos de idade, como incapacidade de desenvolvimento, contato olho a olho, linguagem social e jogos em grupo. O comportamento é usualmente ritualístico e pode incluir rotinas de vida anormais, resistências a mudanças, ligações a objetos estranhos e um padrão de brincar estereotipado. A capacidade para pensamento abstrato simbólico ou para jogos imaginativos fica diminuída. A inteligência varia de muito subnormal, a normal ou acima. A *performance* é com freqüência melhor em tarefas que requerem memória simples ou habilidade visuo-espacial, comparando-se com aquelas que requerem capacidades simbólica ou lingüística.”

3º) Definição da Associação Americana de Psiquiatria que foi apresentada no “Diagnostic and Statistical of Mental Disorders”, 3ª edição, 1980:

“Autismo Infantil: As características essenciais são a falta de responsabilidade a outras pessoas (autismo); marcante lesão na capacidade comunicativa e respostas bizarras a aspectos diversos do meio ambiente, todas com manifestação antes dos 30 meses de idade. Autismo Infantil pode estar associado a doenças orgânicas, como rubéola congênita ou Fenilcetonúria. Nesses casos registram-se dois diagnósticos: a síndrome comportamental e a doença física.”

1.2 Abordagem Quanto à Etiologia

1.2.1 Visão Psicanalítica

Também conhecido como modelo Psicodinâmico, esta visão preconiza que a criança é biologicamente normal ao nascer, e que o desenvolvimento dos sintomas é secundário, atribuível às condutas parentais inadequadas.

Kanner (1943), quando da sua primeira discussão do Autismo, observa e conjuga características aos pais de seus primeiros pacientes: classe sócio-econômica elevada, inteligência superior ao normal, preocupação com pensamentos abstratos, carência de calor humano, introversão, pouca emotividade, obsessividade.

Julga-se que esta postura não deva ser generalizada, percebe-se como uma carga muito grande sendo despejada nos pais, claro que têm-se a consciência da gravidade que possa vir a causar os comportamentos inadequados dos mesmos.

Cleusa B. Szabo, mãe de uma criança portadora de autismo e autora de livros sobre o assunto, comenta seu desejo e alegria na espera do nascimento do filho:

“... Experimentava uma emoção diferente em minha vida, por saber que um novo ser crescia dentro de mim. Já naquele momento tomava consciência da responsabilidade de vir a ser mãe, de amar a criança que estava sendo formada. Lembro-me da alegria ao confeccionar o enxoval para o bebê, com a ajuda da

minha sogra (...). Começamos também a preparar a casa e de vez em quando, eu abria as gavetas onde guardava as roupinhas para observar com ternura peça por peça, já imaginando-o vestido nelas.” (SZABO).

Essa mesma criança, mais tarde, verbaliza:

“Mãe eu não quero que você morra. Eu não quero outra mãe. Você cuida de mim.”

Imagina-se que se a criança de alguma forma sentisse rejeição ou qualquer comportamento negativo da mãe com relação a ela, não teria manifestado-se tão sinceramente.

Bettelheim, em 1967, aponta como sendo a frieza dos pais um sentimento negativo que é transmitido à criança, passando rejeição nas pequenas atitudes do cotidiano como não o acariciando como deveria. Com isso a criança percebe que a mãe e o meio como hostis e se fecha nela mesma, em resposta a este mundo que vê como ameaçador. Continua argumentando que os irmãos não são autistas, porque os pais não tratam todos os filhos da mesma maneira. De Meyer, em 1972, investigou atitudes e práticas educativas dos pais e não confirmou esta hipótese.

Persistindo em sua linha de pensamento, Bettelheim prossegue:

“A raiva e a ânsia que causam o autismo provêm das extremas frustrações no relacionamento mãe-filho.” (BETTELHEIM).

Rank, Putman e Szurek insinuam que fatos que possam ter sido traumatizantes para a criança até os 2 anos de idade como: morte na família, separação dos pais, hospitalização, dificuldades interpessoais, problemas

financeiros, entre outros possam vir a dar origem ao autismo. Não houve comprovação desta sugestão.

Os pais de autistas foram sempre desqualificados, ditos como: frios, pouco emotivos, obsessivos, formais; ou, ao contrário, superprotetores, sem decisão e dominação. Várias pesquisas foram feitas sem obter-se esta confirmação, diferente do que se pensava, provou-se que os pais de autistas tem uma personalidade variada e traços particulares.

Segundo Hirsch e Leff (1975), Schopler e Loftin (1969):

“... o stress emocional profundo, advindo do fato de se ter um filho autista, pode induzir ou precipitar desordens emocionais nos pais predispostos. Assim os distúrbios às vezes encontrados nos pais devem ser concebidos em termos de reação à carga e ao choque que representa um filho autista e não como uma causa da patologia da criança.” (LEBOYER).

Estudiosos investiram na argumentação de que a interação patológica entre pais e filhos seria o despertar do autismo, tendo como hipóteses: excesso ou insuficiência de estimulação, estrutura familiar muito maleável, ausência de reações positivas para com a criança, falta de identificação de papéis familiares, etc. Não houve, até o momento, prova concreta e formal que possa ter admitido uma dessas hipóteses como verdadeira.

Em 1969, Des Lauriers sugere que:

“Uma carência materna (portanto uma estimulação humana deficiente) poderia ser responsável pelo autismo.” (LEBOYER).

No entanto, encontra-se crianças ditas “normais” que sofrem estas privações e nota-se um comportamento uniformemente atrasado nas funções

instrumentais (inteligência, motricidade, linguagem), o que não verifica-se em crianças autistas, que possuem um desenvolvimento descontínuo, com ápices e retrocessos. Também em crianças com privações de estímulos, é visível sua compensação e melhora a partir do recebimento de cuidados, o que não se sucede com relação ao autismo.

Levanta-se a questão do que acontece para que milhares de crianças na nossa realidade de 3º mundo, maltratadas, não estimuladas, abandonadas, privadas até do elementar para o desenvolvimento pleno, espancadas, não tornam-se autistas?

“Uma antiga assistente social recentemente escreveu que tinha visto muitas centenas de crianças, sob tutela judicial, porque não eram desejadas por seus pais, não queridas, negligenciadas, maltratadas, rejeitadas e até desprezadas por eles. Porém não havia nenhum caso de autismo entre essas centenas de crianças.” (ROCHA).

Parece ser a tendência atual refutar esta visão, mesmo que este seja o caminho a ser seguido, deve-se sempre ter o compromisso de dar atenção a fatores familiares, educacionais e sociais que sabe-se ser de grande influência no desenvolvimento e prognóstico, não só da criança com problemas, mas todas.

1.2.2 Visão Organicista

Esta visão prega que a patologia é principalmente devido a uma anomalia biológica congênita, sendo o comportamento dos pais de pouca interferência.

“A maioria dos trabalhos de pesquisa relativas a causas conclui em termos de um processo biológico. A idéia de que perturbações biológicas provoquem o autismo está baseada em evidências de anormalidades que quase sempre estão presentes, como por exemplo as convulsões, um problema neurológico, que atinge cerca de 0,5% da população, mais que afeta 23% a 35% dos autistas.” (ROCHA).

Elevada é a incidência de autismo associado a doenças orgânicas em relação ao “autismo puro”. Neste grande número de patologias todas são suscetivas a induzir uma disfunção cerebral que interfere no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central. “Em aproximadamente ¼ dos casos de autismo, uma patologia orgânica associada è diagnosticada.” (LEBOYER).

Patologias Manifestadas em Associação com o Autismo:

Patologia Pré Natal

- Trissomia 21 (Wakabayashi, 1979)
- * Rubéola Congênita (Chess, 1971, 1977)
- Infecção por Citomegalovirus Congênita (Stubbs, 1978)
- Sífilis Congênita (Rutter e Lockyer, 1967)

- * Hemorragias do Primeiro Trimestre (Torrey e outros, 1975)
- Toxemia Gravídica (Ornitz e outros, 1977)

Patologia Perinatal

- Anóxia Neonatal (Lobascher e outros, 1970)
- * Apresentação Pélvica (Finegan e Quarrington, 1979)
- * Baixo Apgar (Finegan e Quarrington, 1979)
- Bilirrubina Elevada (Finegan e Quarrington, 1979)
- Fibroplasia Retrolental (Keeler, 1958)
- * Síndrome de Angústia Respiratória (Finegan e Quarrington, 1979; Ornitz e outros, 1977)

Patologia que se manifesta nos três primeiros anos

- Espasmo em Flexão (Taft e Cohen, 1971), (Riikonen e Amnell; Toublanc, 1973)
- Outras Convulsões (Deykin e Mac Mahon, 1979)
- Lipidose Cerebral (Crak, 1963)
- Microcefalia (Ornitz e outros, 1977)
- Albinismo Oftalmocutâneo (Ornitz e outros, 1977)
- Fenilcetonúria (Wing, 1966; Sorosky e outros, 1968)
- Doença Celíaca (Goodwin e Goodwin, 1969)
- Esclerose Tuberosa (Lotter, 1974)
- Histidemia (Kotsopoulos e Kutty, 1979)

Patologia que se manifesta mais tarde

- Rubéola Congênita (Chess, 1977)
- Encefalite Herpética (De Long e outros, 1981)
- Epilepsia (Rutter e outros, 1967; Deykin e Mac Mahon, 1979)
- * Patologia do Lobo Temporal (Sarvis e Garcia, 1961; De Long, 1978)

* frequência significativa de ocorrência.

“A incidência de prematuridade, trauma de parto e infecção do SNC é bastante alta nas crianças autistas. Alguns pacientes com Fenilcetonúria e Síndrome do X-frágil têm sido diagnosticados, como autistas. Isto sugere possível ligação entre as desordens metabólicas e cromossômicas e o autismo.” (BATSHAW e PERRET).

Até o momento não foram confirmadas disfunções neuro-endócrinas nos autistas.

Em observações clínicas percebe-se a existência de um substrato eletro-fisiológico nas anomalias de percepção e de associação, sugerindo um déficit de estocagem de informações auditivas, segundo Novick (1980). Existe a possibilidade de que um tratamento e uma estocagem inadequada de informações seja um dos componentes dos déficits cognitivos do autismo.

Muitos estudos de EEG mostram a presença de uma anomalia na maioria dos autistas, ainda não se pode executar uma descrição de uma anomalia específica do autismo, pela grande dispersão qualitativa; quantitativa e falta de reprodutividade dos resultados.

“As imagens computadorizadas do cérebro (CT) freqüentemente mostram evidências de atrofia ou contração, principalmente na região do cérebro.” (BATSHAW e PERRET).

A Serotonina é um neurotransmissor do SNC responsável por processos fisiológicos (dor, controle térmico, comportamento sexual, agressividade, regulação do sono) e patológicos (modulação de estados afetivos,

hiperatividade, retardo mental, etc.). Comprovou-se um aumento do nível de Serotonina plástica e plaquetária em portadores de autismo.

Anomalias do Sistema Vestibular são constatadas em autistas menores de 5 anos pelos seus comportamentos, podendo justificar as anomalias sensoriais e motoras como: aversão pela antigravidade ou elevadores, girar objetos em torno de si mesmos fixando-os ou guiar a cabeça, bater palmas, etc.

Grande também é a incidência de acidentes obstétricos, sendo possível averiguar que qualquer acidente deste tipo potencialmente neuropatogênico esteja associado ao despertar do autismo.

Uma equipe de cientistas verificou uma alteração genética bastante vista em um grupo de autistas, o que pode também vir a contribuir na caminhada da descoberta do diagnóstico cada vez mais precoce do autismo. Este estudo detectou a relação do autismo com um gene localizado no cromossomo 11, local onde encontra-se os genes potencialmente envolvidos na manifestação de doenças psicológicas. O referido gene possui importante missão no desenvolvimento no SN e no crescimento infantil.

Pelo descrito anteriormente, a respeito de causa prováveis a nível orgânico do autismo, conclui-se que:

“... O autismo é um distúrbio do desenvolvimento de gravidade variável, consecutivo a múltiplos fatores genéticos e ambientais que afetam a maturação do SNC. Na realidade o SN humano se desenvolve não somente durante a vida intra uterina, mas também, diferentemente de outros órgãos humanos que estão maduros no nascimento ou pouco tempo depois, durante os primeiros anos de vida da criança. Em razão do desenvolvimento mais prolongado e mais tardio, o SNC é mais vulnerável a há mais “riscos” de que seja interrompido por diferentes fatores teratogênicos. Esta interpretação explica porque é

tão difícil encontrar o mecanismo que produz o autismo, já que provavelmente a etapa patológica que interrompeu, retardou ou perturbou o desenvolvimento do SNC se produz durante a vida intra uterina ou pouco tempo depois do nascimento.” (LEBOYER).

1.3 Diagnóstico Diferencial

Sabe-se do melhor encaminhamento médico e terapêutico quando da identificação o mais precoce possível da Síndrome do Autismo Infantil. Apesar disso, diagnosticá-lo é tarefa difícil mesmo para médicos especialistas, principalmente porque não é raro estar associado a diferentes processos patológicos que dificultam assim o seu reconhecimento.

O diagnóstico do Autismo é realizado basicamente por observação do comportamento da criança, principalmente por familiares e depois por médicos quando consultados, uma vez que até o presente momento não se configurou um exame laboratorial que exercitasse essa tarefa.

Há um formulário de múltiplas escolhas, produzido pelo Dr. Rimland (1971), que pode ser facilmente preenchido por pais para fim de diagnóstico da suspeita de Autismo. As observações solicitadas no referido formulário dizem respeito à criança entre os 3 e os 5 anos, pois nessa faixa etária muitos sintomas tornam-se mais visíveis. Pela objetividade do método não é possível verificar o grau de agravamento dos sintomas encontrados, tampouco não se permite uma visão do comportamento geral da criança, que se faz necessário para um adequado planejamento terapêutico.

Pelas dificuldades já mencionadas para diagnosticar o Autismo, principalmente precocemente, o mesmo é facilmente confundido com:

2.3.1 Surdez

É sugerida pela constante ausência de respostas aos sons. Este comportamento é grandemente encontrado em crianças autistas, apesar de possuírem limiares audiométricos normais. Em casos de surdez congênita, a criança pode vir a desenvolver comportamentos autísticos, representados pelo isolamento, estereotípias e resistências à mudanças; comportamentos esses que se anulam frente a estimulação ambiental.

A ameaça da surdez é percebida geralmente pelos pais desde cedo:

“Quando o chamamos pelo nome, algumas vezes nos dirigia o olhar, mas por outras nem sequer levantava o rosto, como se não tivesse ouvido a nossa voz.” (SZABO).

Também, muitas vezes em situações de escolaridade é que se tem a suspeita dirigida pela professora:

“Ela me disse que quando as crianças cantavam ele ficava agitado e que poderia ser um problema de sensibilidade auditiva.” (SZABO).

Infelizmente, para a classe médica torna-se difícil um diagnóstico preciso e precoce, ocorrendo assim alguma margem de erro:

“... médicos diagnosticaram-na como uma criança surda-muda ou simplesmente como mimada.” (SZABO).

2.3.2 Cegueira

A cegueira congênita é freqüentemente associada a movimentos dos braços e das mãos semelhantes aos dos autistas. Mas estes movimentos parecem ser uma resposta às estimulações do ambiente. As crianças portadoras de deficiência visual, quando sem outra patologia associada, estabelecem relações sociais normais.

2.3.3 Síndrome de Rett

A incidência da Síndrome de Rett é maior no sexo feminino, o contrário sucede-se com relação ao autismo.

AUTISMO	SÍNDROME DE RETT
Estereotípias variáveis objetos na mão	Estereotípias patognomônicas
Falta de contato ocular	Bom contato ocular
Auto agressões primárias	Lesões de pele secundárias
Linguagem ecológica	Alalia
Motricidade fina	Severo retardo motor (apraxia)

2.3.4 Esquizofrenia *

AUTISMO INFANTIL	ESQUIZOFRENIA INFANTIL
Isolamento aparece desde a tenra infância.	Sintomas reversos aparecem após um período de normalidade.
Pode ter história de gritos e birras.	A criança pré esquizofrênica é "mais fácil de ser cuidada, mais rápido de ser treinada, mais limpa, e quase a criança perfeita".
Tem saúde excepcional desde o nascimento. Sinal de progresso quando tem as doenças comuns de infância.	Saúde precária, é comum terem dificuldades respiratórias, circulatórias, metabólicas e digestivas.
Corpo rígido e não responsivo. Não se adapta ou não se "aninha" ao ser carregado.	Quando carregado, see molda ao corpo de outrem. Fica apegado às pessoas.
Tem aversão a contato com outras pessoas.	Contato é patologicamente evasivo (Bender).
Evasão ativa de olhar para as pessoas.	Olhos sem foco. Parece olhar através das pessoas em lugar de para as pessoas.
Inibição do pensamento.	Confusão do pensamento.
Não tem "brincar em fantasia".	Grande freqüência de brincar confuso e com fantasia primitiva.
Pode ser mudo ou ecolálico. Ausência das palavras "sim" e "eu". Afirmção por repetição.	Fala confusa, prolixa.
Gracioso, movimentos corporais fáceis, movimentos manuais ágeis.	Movimentos corporais soltos sem coordenação e desajeitados.
Girar do objetos ágeis.	Girar de objetos descoordenados.

Toque leve ao pegar objetos.	Manipulação de objetos grosseira e descoordenada.
Pode faltar a sensação nos dedos e artelhos.	Falta de sensação nas extremidades é comum.
Não orientado, desligado, aparenta desinteresse nos acontecimentos que o rodeiam e mais desligado do ambiente do que em contato com este. (Rimland).	Aparenta ser desorientado, confuso e angustiado. Frequentemente expressa preocupação com seu relacionamento. Sabe que está confuso.
Potencial de inteligência bom ou elevado.	Potencial de inteligência variável.
Grande capacidade de reconhecimento de padrão e forma.	Capacidade variável e reconhecimento de padrão e forma.
Hipersensibilidade dos seus órgãos sensoriais.
Geralmente com antecedentes familiares de elevado grau educacional e intelectual.	Antecedente familiar mais variado.
Familiares com baixa incidência de distúrbios mentais.	Elevada incidência de distúrbios mentais severos.
Não tem consciência de separação corpórea exceto em "lampejos".	Separação corpórea constantemente (blurred) "borrada". Sensação de confusão.
Invariavelmente fascinado por objetos mecânicos, uso perseverante de objetos.	Não é invariavelmente fascinado por objetos mecânicos. Pode usar um objeto transicional e se manter ligado a este por tempo longo demais.
Um objeto assustador pode ser dividido em partes separadas e recomposto mais tarde como se fosse ele que o cria.	Estas crianças têm em demasia partes de si divididas e dispersas para confundir-se com outras pessoas.
Estas crianças escolheram "sair".	Estas crianças se confundiram.
Desenvolvimento parou.	Desenvolvimento regrediu.

Do ponto de vista da criança, a mãe aparente ter-se fechado por causa de: a) O isolamento da criança à mãe. b) A mãe é isolada pela natureza. c) A mãe está deprimida ou preocupada.	Do ponto de vista da criança, a mãe garante estar muito aberta por causa de: a) A invasão excessiva pela criança. b) A mãe está confusa. c) A mãe é muito sedutora e muito indulgente com a criança.
Opera em base de dicotomia entre partes formadas prematuramente do "reflexo" e os objetos externos "self" é "mim" não "mim" é o mundo assustador externo. Não "mim" é borrado, mas não há consciência de "self".	Opera em base de divisões diminutas do "self".

* Manual de Identificação de Autismo.

Conselho Estadual para Assuntos da Pessoa Deficiente

Baseado na Apostila "Autismo Infantil – Diagnóstico".

Dr. Raymond Rosenberg.

2.3.5 Desordem de Desenvolvimento Universal.

A desordem de Desenvolvimento Universal envolve a presença de ansiedade excessiva, distúrbios afetivos, resistência à mudança e comportamento masoquista. Embora esta desordem possua uma série de características do autismo, ela ocorre mais tarde, entre 30 meses e 12 anos de idade.

2.3.6 Doenças Degenerativas do Sistema Nervoso

Um grupo de doenças degenerativas do Sistema Nervoso pode inicialmente ser diagnosticada erroneamente como autismo. Estas desordens são extremamente raras com incidência de cerca de um para cada 30.000. As crianças com estas desordens desenvolvem-se normalmente na infância e então começam a perder a habilidade e pioram.

Por volta dos dois anos de idade a maior delas apresenta retardamento mental. Pelos 5 anos, a maior parte morre. A doença de Tay-Sachs é um exemplo deste grupo. No início da doença, a criança apresenta características autísticas. O diagnóstico real, entretanto, torna-se tragicamente aparente com poucos meses a mais, já que a criança continua a regredir, perdendo tanto a habilidade motora grosseira como a linguagem. Com o tempo, chegando próximo à morte, a criança fica geralmente num estado debilitado, surda, cega e incapaz de mover-se.

2.3.7 Distúrbio do Desenvolvimento da Linguagem

Diferenciar Distúrbios do Desenvolvimento da Linguagem e Autismo é difícil.

Crianças afásicas são capazes de se exprimir por gestos, brincar com jogos imaginativos e quando aprendem a falar, mostram desejo de participar do diálogo. As crianças autistas têm uma linguagem em função da idade e do QI não verbal, é mais retardada e inadequada. Elas possuem uso funcional da linguagem anormal, sua competência gramatical apresenta anomalias características:

- na ecolalia retardada, repete mais o que acaba de dizer do que o que o outro disse;
- comenta em voz alta suas ações;
- linguagem metafórica e inadequada.

2.3.8 Deficiência Mental

Autismo e Deficiência Mental podem estar simultaneamente presentes na mesma criança, embora sejam completamente diferentes.

A criança autista permanece narcisista como um bebê recém nascido. Ela não mantém contato com o olhar das demais pessoas e trata-os como objetos: mesmo com os seus próprios pais. Por outro lado a criança com retardamento mental profundo frequentemente apresenta comportamentos auto-depreciativos e outras características do autismo, mas normalmente demonstra afeição e interesse pelos outros, especialmente pelos seus pais.

Rutter e Lockyer 1969/1970 encontraram nos autistas um padrão de resultados distintos nos testes de QI: eles têm maiores capacidades viso-espaciais manipulatórios e memória notável. Não têm capacidade de abstração e generalização e, não sabem utilizar conceitos.

Tubbs/1966, Schopler/1966 e Wing;1979 mostraram que os autistas diferentemente dos Deficientes Mentais, tem um déficit cognitivo fundamental afetado ao mesmo tempo a linguagem, a imaginação e a capacidade de associação.

Ritvo/1978, atende para as particularidades do desenvolvimento da criança autista comparada com o Deficiente Mental, que desenvolve-se mais atentamente e atinge um nível inferior àquele das crianças normais, mas permanece sempre regular com boa coordenação dos três eixos: motor, cognitivo e social, o que nos autistas é irregular.

2.4 Caracterização do Portador de Autismo

Essa Síndrome neurológica tem sido muito pesquisada, comprova-se isso pela imensa caracterização encontrada em bibliografia específica.

O mais comum é que a criança apresente aparência normal ao nascer, apenas aproximadamente do 4º ao 8º mês, observa-se falta de movimentos antecipatórios quando é pego no colo, também não acomoda-se e não aninha-se em quem lhe segura. Mantém um comportamento de apatia e desinteresse pelos demais.

É mais freqüente em meninos do que em meninas, e a incidência é maior em famílias de nível intelectual e profissional mais elevado, não tendo até o momento, uma justificativa comprovada.

Em crianças portadoras de autismo, a coordenação existente entre os três níveis (motor, social e cognitivo), é muito comprometida. Pode acontecer do motor aparecer antes, e do cognitivo e social estarem bastante defasados. Não há um desenvolvimento em progressão e sintonia em cada uma dessas modalidades, pois existem atrasos, detenções e regressões que afetam aquisições anteriores. Acontece, muitas vezes, evoluções rápidas vindo posteriormente uma parada ou perda de aquisições.

Talvez, as características mais marcantes e de menores dificuldades de compreensão para nós, digam respeito ao desenvolvimento afetivo-emocional.

“A parte afetiva é importante para todo ser humano. A. porém, não conseguia demonstrar afetividade, mesmo para mim que ficava ao seu lado o dia inteiro. Não havia sorrisos quando o beijava e nenhuma palavra.” (SZABO).

Como torna-se claro no depoimento anterior, não são capazes de exprimir afeto, nem perceber emoções e sentimentos dos outros por eles mesmos, denotando incapacidade de desenvolver relações interpessoais (isolamento autístico). Percebe-se ausência de contato visual, de respostas a sorrisos e mímicas, bem como ausência de relação ao contato físico e à afeição. Possuem ausência de apego seletivo, parecendo não diferenciar os pais dos demais, o que é motivo de tristeza para os mesmos.

Verifica-se que apresentam inaptidão para brincar em grupo e desenvolver amizades. Podem até mesmo estar em companhia de outras crianças, mas não estabelecem nenhum tipo de relação com as mesmas.

“... procura a companhia dos colegas sem a intenção de participação das brincadeiras dos mesmos, parecendo-nos mais uma aproximação física, pois continua no seu próprio mundo.” (SZABO).

Demonstram também como próprios da Síndrome, a necessidade de rotina e resistência à mudanças, aliadas a explosões repentinas quando a mínima modificação ocorre.

“... qualquer mudança em seus hábitos poderia fazê-lo regredir.” (SZABO).

A convivência com portadores de autismo fez familiares tomarem ciência de certas atitudes comuns a eles:

“... apresentam certa imunidade enquanto estão na fase de “auto-isolamento”, mas se tomam susceptíveis a doenças após começarem a se comunicar e se relacionar.” (ROCHA).

...

“Às vezes apresentam momentos de incompreensíveis angústias, como se carregasse dentro de si todos os sofrimentos do mundo. Outras vezes, em uma razão lógica, grita e esperneia, como se seu corpo estivesse abraçado em dores.” (ROCHA).

Encontra-se com freqüência em crianças portadoras de autismo, hiperatividade e falta de concentração em uma atividade. Muitas vezes parecem infatigáveis, altamente ativas e agitadas, mostrando-se sem necessidade de repousar e dormir. Em certas ocasiões, externam algum medo por nós inexplicável e mania de perseguição. Possuem grande dificuldade para compreender impossibilidades, pedem, como por exemplo, que sua mãe faça parar a chuva.

Habitualmente, têm problemas de alimentação, por vezes recusam comida e somente ingerem poucos tipos de alimentos.

Em alguns casos, observa-se sintomas inexplicáveis como pouca sensibilidade térmica do corpo e à dor; não demonstrando nenhum sentimento nem chorando quando caem e se machucam, sendo-lhes indiferente o frio ou calor, estar vestido ou despido.

Com relação à linguagem, Bettelheim/19667 comenta:

“... parecem formar uma afasia global que afeta todos os aspectos de sua comunicação e linguagem.” (BATSHAW e PERRET).

Encontra-se, em crianças portadoras de Autismo, atraso na aquisição da linguagem e muitas vezes, o não desenvolvimento da mesma. No caso de ter adquirido a linguagem, esta não possui valor de comunicação, tem por característica a ecolalia ou repetição de frases estereotipadas e a invasão pronominal (utilização do pronome “você” quando o significado é “eu”). A compreensão da linguagem também mostra-se limitada, a capacidade de

simbolizar é ausente ou limitada. Termos abstratos não são empregados, responde a perguntas, mas dificilmente consegue manter um diálogo, quando conta algum fato mistura acontecimentos atuais com passados.

Reynolds e outros (1974) afirmam que o Déficit Lingüístico pode ser justificado pela incapacidade de integrar diferentes informações visuais e auditivas como timbre, som ou ritmo. Já Dagleish (1975), assinala que os autistas não podem decodificar os elementos de uma frase reagindo somente a uma palavra.

Douglas (1968), indica que os autistas são portadores de uma dispraxia, além do severo déficit de linguagem abstrata, o que colabora para criar obstáculos à reprodução e à aprendizagem do sentido da linguagem. Acredita-se que esta dispraxia ou apraxia dá-se por uma memória visual deficiente ou por um impedimento em deslocar a memória visual ao sistema motor (agnosia). Vários autores já haviam descrito a dificuldade dos autistas em associar uma percepção visual a uma resposta motora.

Notáveis são os movimentos repetitivos e complexos percebidos em portadores de autismo como as estereotípias manuais. Frequentemente batem palmas e fazem movimentos oscilatórios ou balanceios para frente e para trás. Andar na ponta dos pés e realizar comportamentos auto-mutiladores tais como arrancar os cabelos, bater-se, morder-se, também lhes é peculiar. Por vezes, demonstram interesse excessivo por uma parte do corpo ou um detalhe da vestimenta, sem explicação lógica.

Evidenciam estranha curiosidade por ventiladores, água corrente, pêndulos, chegando a olhá-lo por horas. A repetição de movimentos lhes é natural, como ascender e apagar a luz, rolar um objeto ou alinhá-lo. Exercem verdadeiro fascínio por objetos que têm pontas ou giram, bem como apegam-se a um objeto escolhido que guardam e protegem. Para esta atitude, vê-se a seguir uma justificativa baseada na Psicanálise:

“A criança autista leva geralmente com ela um objeto que faz parte integrante de seu próprio corpo – e que

tem por função dissimular toda a emergência de um não – em si que é sentido como ameaçador.”

...

“É quando a criança se encontra mais perdida nos seus sinais, que apela para o objeto autístico, como para lhe pedir que lhe sirva apoio ...” (MANNONI).

Fazem do adulto uma ferramenta para atingir um objetivo, pegando em sua mão, nunca apontando ou acompanhando o pedido de um gesto simbólico. Não é raro gritarem até conseguir algo, sem ao menos indicar o que deseja.

Utilizam-se de jogos de maneira pobre, não funcional, mecânica, repetitiva, estereotipada, sem imaginação ou criatividade, desprovida de qualquer capacidade de abstração e simbolização.

Lovaas e outros (1971), desenvolveram o conceito de “hiperseleção de estímulos” (stimulus overselectivity), o qual revela que crianças autistas respondem apenas a poucos estímulos vindos do ambiente, selecionado por elas entre várias informações sensoriais que obtiveram simultaneamente, fazendo uma “hiperseleção” dos mesmos; assim também justificando-se a incapacidade de perceberem emoções. Mais tarde, (1979), o autor acima citado anuncia que “os autistas têm também dificuldade de perceber sinais múltiplos quando eles percebem à mesma modalidade sensorial”. No entanto, Schreibman (1975), mostra que o treinamento, mais que o reforço, é o melhor meio de diminuir a “hiperdiscriminação”. Os autistas são incapazes de aproveitar técnicas de aprendizagem que introduzem um indicador suplementar para facilitar a compreensão. Fassler e Bryant (1971), concluem que com fones de ouvido, crianças autistas possuem melhor desempenho e atenção por reduzirem as informações auditivas. Gordon (1971), verificou respostas múltiplas em relação a um único estímulo auditivo, como se a criança percebesse o som repetidas vezes.

Hermelin (1976), Lookeyer e Rutter (1970), conferiram que autistas têm boa memória de curto prazo, de repetição e de ritmo. Também situaram um

desempenho superior no que diz respeito à memória auditiva do que visual. Entretanto, Boucher (1978/1981), averiguou que possuem memória para acontecimentos recentes inferior à das crianças normais e até mesmo de deficientes mentais, isto pela correlação com suas capacidades lingüísticas. Hermelin e O'Connor analisando os desempenhos mímicos de autistas viram que os mesmos possuem "um grave déficit para codificar, estocar e utilizar informações", isto é, estocam informações verbais sem analisa-las e reestruturá-las, como fazem os "normais". Evidenciando-se que podem codificar palavras como entidades separadas, mas não são capazes de codificá-las como partes constituintes de uma frase com um significado.

"Experiências revelam que uma das deficiências mais importante e específica do autismo, é a capacidade de avaliar a ordem e a estrutura e de utilizar a noção de respeito. Os autistas são, portanto, incapazes de extrair regras ou de estruturar a experiência tanto nos domínios verbais como não verbais." (LEBOYER).

Dentre tantas dificuldades e inaptidões, é possível resgatar capacidades notáveis, principalmente em termos de aptidões visuo-espaciais. Identificam detalhes mínimos e reagem à menor mudança do seu ambiente, embora sem noção de conjunto. Investiga-se a extraordinária habilidade para cálculos mentais e memória para datas que se fazem um incógnita.

Cabe salientar que descreveu-se até aqui o que a literatura trás em sentido amplo como caracterização da criança portadora de autismo, o que não presume-se que aconteça generalizadamente e em semelhante intensidade com todas.

2.5 Prognóstico

Para Gauderer, e a maioria dos estudiosos, o autismo é crônico.

“O autismo é um handicap definitivo. O código diagnóstico do DSM III se aplica ao longo da vida do autista. Se o quadro clínico completo persiste na idade adulta, o diagnóstico permanece aquele de autismo. Por outro lado, se os sinais clínicos precoces se atenuam ou desaparecem, o que acontece com mais frequência depois da idade de 5 anos, o diagnóstico torna-se aquele de autismo residual.” (LEBOYER).

Dentre os fatores que interferem significativamente no prognóstico, destacam-se:

- Nível de inteligência;
- Idade no diagnóstico;
- Integridade familiar;
- Problemas biológicos presentes;
- Institucionalização (agrava o prognóstico);
- Presença da fala;
- Comportamento dos que convivem com a criança.

Estudos realizados evidenciaram que 1/3 dos portadores de Autismo ficarão totalmente mudos e dependentes, outros 1/3 terão a linguagem reduzida e autonomia parcial. Isto denota que 75% serão classificados como deficientes mentais por toda a vida.

No que se refere à socialização, encontra-se que 5% adaptar-se-ão socialmente e desenvolverão um trabalho remunerado na idade adulta. Aproximadamente 20% terá uma adaptação e independência social relativa.

Crises convulsivas são fatores preocupantes. "A maior complicação é o aparecimento de crises epiléticas secundárias a distúrbios físicos subjacentes. Cerca de 25% ou mais dos pacientes desenvolverão convulsões na adolescência ou quando adultos jovens. A maioria das crianças com QI abaixo de 50 têm convulsões, porém poucas com inteligência normal manifestam este sintoma". Entre 7% e 28% das crianças que não tinham sinal clínico e neurológico durante a infância não desenvolveram crises convulsivas a partir de 18 meses.

Tem-se verificado que pacientes institucionalizados têm seu desenvolvimento ainda mais comprometido, e, infelizmente, pesquisas demonstram que este é o fim de praticamente metade deles. Pensa-se que a humanização de profissionais ligados à saúde faria mais otimista a triste realidade de quem não tem outro fim, se não o abandono em instituições.

Com relação à linguagem, se até 5-6 anos a criança não atingir linguagem útil (valor comunicativo), é pouco provável que adquira mais tarde.

Tem-se percebido que com o passar do tempo, a tendência é que fiquem tímidos, introvertidos e passivos.

Grande parte de cientistas do assunto concordam que o melhor critério para diagnosticar é o QI. Bartak e Rutter (1976), descrevem que quando o Q.I. é superior a 70, a maioria das crianças têm um melhor desenvolvimento motor e cognitivo, e adquirem linguagem permitindo a comunicação. As que possuem Q.I. inferior a 70 ficam sempre muito prejudicadas.

Segundo Brown (1966), a incapacidade de utilizar brinquedos de forma adaptada é um fator de mau prognóstico.

Investigações declararam que a maior parte dos portadores de autismo não apresentam distúrbios do curso do pensamento com alucinações.

Na adolescência ou na idade adulta, alguns estudos descrevem uma transferência do autismo infantil típico à esquizofrenia. (Ornitz/1969, Brown/1969, Petty/1984. Bender/1972 e Dar/1951).

A seguir, mostrar-se-á quadro de:

Evolução da Sintomatologia Autística Durante o Desenvolvimento da Criança (de Ornitz, 1983).

1. O recém nascido:

- Parece diferente dos outros bebês;
- Parece não precisar de sua mãe;
- Raramente chora (“um bebê muito comportado”);
- Torna-se rígido quando é pego no colo;
- Às vezes muito reativo aos elementos e irritável.

2. Nos seis primeiros meses:

- Não pede nada, não nota sua mãe;
- Sorriso, resmungos, resposta antecipada são ausentes ou retardados.
- Falta de interesse por jogos, muito reativo aos sons.

3. De seis a doze meses:

- Não afetuosos;
- Não interessados por jogos sociais;
- Quando é pego no colo, é indiferente e rígido;
- Ausência de comunicação verbal e não verbal;
- Hipo e hiper reativo aos estímulos;
- Aversão pela alimentação sólida;
- Etapas do desenvolvimento motor irregulares ou retardadas.

4. O segundo e o terceiro ano:

- Indiferente aos contatos sociais;
- Comunica mexendo a mão do adulto;
- O único interesse pelos brinquedos consiste em alinhá-los;
- Intolerância à novidade nos jogos;
- Procura estimulações sensoriais, como ranger os dentes, esfregar e arranhar superfícies, fitar fixamente detalhes visuais, olhar mãos em movimento ou objetos com movimentos circulares;
- Particularidade motora: bater palmas, andar nas pontas dos pés, balançar a cabeça, girar em torno de si mesmo.

5. O quarto e o quinto ano:

- Ausência de contato visual;
- Jogos: ausência de fantasia, de imaginação, de jogos de representação;
- Linguagem limitada ou ausente – ecolalia – inversão pronominal;
- Anomalias do ritmo do discurso, do tom e das inflexões;
- Resistência às mudanças no ambiente e nas rotinas.

Apesar de todo o negativismo que é gerado ao se tomar um conhecimento mais científico do prognóstico do autismo, ocorre um verdadeiro regozijamento ao se ficar ciente de um depoimento como o aqui transcrito:

“Hoje quando meu marido senta-se no sofá para assistir TV, A. vai logo dando um jeitinho de se aproximar e deitar-se no seu colo. E quando o pai se atrasa por algum motivo ele sente a sua ausência. Depois de anos de paciência e lágrimas, percebemos com alegria o progresso na área afetiva. Ele se aproxima e diz: “Mãe eu te amo”. E me beija e

abraça, afetos que jamais havia sentido por iniciativa dele.” (SZABO).

Devido a todo desgaste físico e emocional sofrido pela família/pais, desde a suspeita de autismo até o diagnóstico preciso, o mínimo que se espera é bom senso e uma capacidade de “colocar-se no lugar do outro”, por parte dos médicos, por ocasião da transmissão do prognóstico. Talvez seja este um dos momentos em que os pais mais necessitam do apoio e escuta do médico, auxiliando-os na retomada da luta pelo filho idealizado.

“Dizer a uma mãe: “O seu filho está perdido”, “O seu filho é irrecuperável”, é intervir muito diretamente na troca mãe-filho e provocar a paragem de toda a possibilidade de comunicação.” (MANNONI).

2.6 Fundamentos e Contribuições da Arte

Como já discorreu-se anteriormente, o que espera-se da arte em Atendimento Psicopedagógico de crianças com deficiência em autismo, é que esta lhes seja prazerosa, ao mesmo tempo que lhes traga possibilidades maiores de comunicação e auto-conhecimento. Pensa-se que implícito já está, conseqüentemente, uma ampliação de suas capacidades.

“(…) a arte favorece ainda a expansão do pensamento, dos sentimentos, dos valores e torna-os patentes, presentes nas formas mais variadas de representação, pintura, música, dramatização, escultura, poesia.” (FRANSCISQUETTI).

O que prioriza neste momento é, além do bem estar, a comunicação que possa advir, seja da criança com ela mesma, com o material utilizado ou com o terapeuta. Toda e qualquer comunicação engloba uma expressão e vice-versa, comunicando-se expressa-se sentimentos, e o que há entre um e outro pode-se considerar o interrelacionamento humano.

Uma das peculiaridades da arte também consiste em fazer o indivíduo deparar-se com a questão da criação. Pode-se criar, apagar, recriar, encontrando nas formas artísticas simbolizações para seus sentimentos, ampliando a sua capacidade de auto-conhecimento.

“A arte em todas as suas manifestações, é, por conseguinte, uma tentativa de nos colocar frente a formas que concretizem aspectos do sentir humano.”
(…)

“A arte é, por conseguinte, uma maneira de despertar o indivíduo para que este dê maior atenção ao seu próprio processo de sentir.” (DUARTE JR).

Neste sentido, prioriza-se não fazer a criança adaptar-se aos modelos do “nosso” mundo, mas permite-lhe criar um universo próprio, no qual possa conter-se. Constata-se como importante a receptividade e disponibilidade do terapeuta para receber a expressão/produção da criança como uma comunicação de vida e não como um resultado da doença.

Vê-se como uma característica positiva da arte terapêutica, o convívio e a manipulação de materiais atraentes, coloridos, que dão vazão à magia, a fantasia, trazendo junto conteúdos regressivos. Com isso, também, a resistência da criança à terapia é menor.

“A arte consiste em utilizar a própria resistência do paciente à mudança, para que a partir dela surja uma nova possibilidade de jogo, que torna caduco o jogo antigo. Essa possibilidade de jogo, é também, a ocasião de um novo encontro.” (MANNONI).

Os símbolos lingüísticos não conseguem em sua totalidade expressar nossos sentimentos, a arte pode ser uma tentativa de fazê-lo. Antes mesmo de falar às crianças, é preciso ler-lhes os gestos, expressões, compreender o que dizem em uma linguagem que é sem palavras. É necessário toca-la, senti-las, envolve-las para se ter acesso ao que aparentemente resume-se em “uma porta fechada”.

Estudos realizados afirmam que as atividades artísticas auxiliam na capacidade de tolerar frustrações, diminuem os transtornos da linguagem, abaixam os severos distúrbios de senso da realidade e a tendência a produzir movimentos estereotipados. Também promovem maior conscientização da

imagem corporal, favorecem a percepção de limites, ampliam as experiências cognitivas e sociais.

Inclui-se como fundamental o trabalho envolvendo a expressão corporal e objetivando o cultivo da sensibilidade: desenvolver a capacidade de ouvir com o corpo. Valorizar o corpo como um meio de inclusive criar empatia com outras pessoas, expressar o eu, o desejo de procura e encontro do eu.

“O desenho e a pintura tem caráter de atividade lúdica, de jogo, produzindo imensa satisfação na criança, também devido à percepção dos efeitos gráficos produzidos.” (FRANCISQUETTI).

Mannoni muito bem constata os efeitos benéficos psicológicos terapêuticos, a nível afetivo-emocional da terapia envolvendo as manifestações da arte:

“... o teatro funciona também, eventualmente, como identificação do agressor. Se a criança tem medo dos fantasmas, diz-se que o fantasma é ela. As coisas que causam medo mudam então de registro – do real ao imaginário, por meio do simbólico – e por isso edifica as estruturas.” (MANNONI).

Á seguir, procurar-se-á dar uma visão das contribuições da música, esta faceta da arte que tem sido a mais importante protagonista no desenvolvimento global das crianças portadoras de autismo.

Evidencia-se que a música e as atividades rítmicas causam um fascínio especial às crianças portadoras de autismo. Contribui como um fator que acalmam toda agitação psicomotora, ansiedade e angústia presentes em maior escalas nos momentos de crises em que a auto-agressão se faz presente.

Sabe-se que psicologicamente a música tem muito a acrescentar às crianças portadoras de autismo, a partir do encontro com sons, ritmos que lhes trazem harmonia, lembranças remotas gratificantes, passa-se a ter mais uma preciosa ponte de comunicação e expressão com o mundo.

O convívio e, conseqüentemente, o manuseio de instrumentos musicais, têm oferecido melhora relativa à performance da coordenação motora dessas crianças. O grau de atenção e concentração em atividades musicais aumenta significativamente, pelo prazer de se estar criando, produzindo algo que lhe agrada. Percebe-se que há a ampliação desse comportamento do momento da terapia para o social:

“... só a música é capaz de trazer a essas crianças uma espécie de alegria pura.” (MANNONI).

Conclui-se que é justamente essa alegria, prazer, sensação de possuir um eu e com ele poder criar e recriar é que pretender-se, através do Atendimento Psicopedagógico de crianças com deficiência em autismo.

2.7 Clínica Psicopedagógica

Abordar-se-á à seguir, objeto, conceito e fundamentos da Psicopedagogia para que se torne mais palpável a linha a ser seguida no presente trabalho.

A psicopedagogia propõe-se a compreender o sujeito enquanto aprendiz, seu modelo de aprendizagem, tendo em vista a aprendizagem nos padrões evolutivos normais e patológicos.

A atuação do Psicopedagogo pode dar-se em clínica (voltada para a terapêutica) ou institucional em escolas (voltada para a prevenção, o que será executado a partir deste trabalho), ou mesmo hospitalar, o que não é muito praticado no Brasil.

É exercida por profissionais das áreas de Pedagogia, Psicologia, Fonaudiologia ou Arte Educação.

A psicopedagogia observa o funcionamento do sujeito, suas dificuldades, potencialidade e modalidade de aprendizagem e a partir desta investigação é que propõem-se a trabalhar com a causa e não com o efeito (sintoma apresentado), sendo assim necessário avaliar primeiramente a que nível ocorre a dificuldade de aprendizagem vista, seja sistemática (escolar) ou assistemática (de vida social).

O entendimento dos fatores etiológicos das dificuldades, bem como a significação emocional do problema para a criança, a família e a escola, leva o psicopedagogo a determinar as prioridades e objetivos a serem atingidos.

Cabe iniciar que pretende-se embasar este trabalho nos pressupostos da Teoria formulada pelo Professor Psicopedagogo argentino Jorge Visca. Entende-se que o esquema conceitual formulado pelo citado professor, que envolve o método Clínico de Piaget, a Psicanálise (tendo como representantes Freud, M. Klein e outros) e a Psicologia social de Pichón-Riviére, darão o

referencial teórico desejado para sustentação do atendimento pretendido. Utilizar-se-á principalmente as etapas que se referem ao enquadramento e ao contrato, descritas em suas obras literárias.

Evidencia-se como importante e até essencial para obter-se bons resultados, uma equipe interdisciplinar integrada, pois sabe-se que estas crianças que formarão a nossa clientela, terão necessidades de vários profissionais especializados. Espera-se dos citados, envolvimento ao ponto de terem muito mais do que um “pedaço” do corpo do outro no qual trabalhar sua área. Deseja-se uma equipe com embasamento teóricos compatíveis e que possuam o hábito de questionar, auto-criticar-se, trocar informações referentes a cada caso, que devem (os elementos da equipe) ser profundos conhecedores. Almeja-se que cada terapeuta sirva de sustentação ao outro, quando se fizer necessário, pois todos, na verdade, sendo permissores de um “reinventar a vida” por parte da criança.

Reafirma-se a primordialmente da postura do terapeuta, agora falando-se especificamente do Atendimento Psicopedagógico com crianças portadoras de autismo. Torna-se elementar a percepção, por parte do terapeuta, de que encontra-se na posição de suporte do que pode vir a ser entendido, e que até o momento em certas situações, não se compreendeu. Mostra-se difícil, porém necessário, o saber do terapeuta, no sentido de “trabalhar” suas frustrações, pois as significações dadas por ele, podem não ser as escolhidas pela criança e vice-versa, e o caos pode vir, por momentos, fazer-se presente. Também o oposto amará repleto de gratificações.

“Tem havido momentos em que nos parece que o que fazemos carece de sentido, nada significa, nesse momento, porém, as crianças chegam, numerosas, ao trabalho que se realiza e a que emprestam significação; e no momento em que nós teríamos dito praticamente “não é possível”, são elas que, pela sua presença, dão sentido ao trabalho feito.”
(MANNONI).

Evidencia-se como fundamental o terapeuta não querer identificar-se com a criança enquanto doente, apenas compreender suas dificuldades. Para afastar esta possibilidade percebe-se que nada mais oportuno do que a psicanálise própria de cada um, o auto-conhecimento, a evolução pessoal. Fatores que sabe-se não interiorizados a partir da conclusão de um curso, estar com o diploma na mão não sugere a absolvição, por parte do profissional, do que só o contato diário com essas crianças pode lhes proporcionar.

“... há necessidade de adultos que, em função das suas características próprias, sabiam encontrar palavras para responder à angústia, ao medo e ao ódio. Essas palavras não se aprendem nos bancos da escola. Só se tem ocasião de as inventar, a partir do próprio drama pessoal.” (MANNONI).

Denota-se importância vital para o desabrochar do trabalho, o vínculo construído entre a criança e a terapeuta, sendo papel do profissional abrir espaço e oportunizar esta relação. Muito bem confere Mannoni: “... a qualidade da relação do adulto com a criança é feita dessa disponibilidade tecida como tempo perdido”. Também faz-se necessário que o terapeuta despoja-se da posição de total domínio e aceite o “não saber” propício em situações que vão de encontro aos benefícios da criança.

Espera-se ter abordado pontos que considera-se evidentes em “Um Enfoque da Arte no Atendimento Psicopedagógico de Crianças com Deficiência em Autismo”, sendo que muito será aprendido, criado e reinventado apenas, e com cada um de modo diferente, somente na sistematização prática da presente proposta.

III - CONCLUSÃO

Conclui-se com a reflexão de que todo estudo e pesquisa bibliográfica desenvolvidos em função deste trabalho monográfico, contribuíram para um maior aprofundamento do tema e vieram a confirmar, a nível teórico, a viabilidade da continuidade em termos de execução prática.

“... a utopia, antes de ser a mera fantasia de loucos e poetas, é um fator fundamental na construção do mundo humano. Através de visões utópicas o homem desperta para outras realidades possíveis, diversas daquela em que ele está inserido.”
(DUARTE JR.).

Pela gravidade desta Síndrome Neurológica e pela preocupação que advém da mesma por parte de todos os que, de alguma maneira, deparam-se com ela, mobilizou-se a autora a idealizar um Atendimento Psicopedagógico que tivesse a arte como meio e enfoque principal, uma vez que crê-se nos seus resultados. Enxerga-se que é chegada a hora de mobilizar-se, de ir um busca de novas luzes, de criar o que pode vir a “ser”. Afinal, de reproducionismos estamos fartos, a acomodação nos tapa de sentidos, não dando lugar à criação, ao inventar, ao sonhar, ao fantasiar e assim renovar-se.

“Uma idéia filantrópica não pode morrer. O cérebro que a concebeu, deve esforçar-se por fazê-la nascer e desenvolver-se, afim de que a comunidade dela possa beneficiar-se. Todos têm obrigação de criar, em nossa sociedade, condições para transformação de projetos em realidade. A omissão apaga no

coração de muito a chama do entusiasmo, levando-os ao comodismo, determinando, assim, a imobilização das boas idéias no plano dos sonhos.”
(MAY).

Conforme relatou-se no desenvolvimento do trabalho, trata-se de um enfoque, acima de tudo, humanista, de respeito ao ser portador da doença, priorizando-o enquanto pessoa, de escuta aos seus sentimentos. Vê-se o pretendido atendimento como uma “relação de ajuda”, ajuda à criança portadora de autismo a experimentar momentos de prazer, alegria, arte, apenas isso, que lhe servirá de base para seu desenvolvimento integral a ser estimulado por outras áreas. Almeja-se que este seja o lugar permitido à criança ser o que é.

“Para que um progresso social seja possível, é por vezes necessária pouca coisa: algum acolhimento, uma disponibilidade, mas sobretudo a certeza de encontrar um adulto que não tente mudar-nos.”
(MANNONI).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AJURIAGUERRA, J de. Manual de Psiquiatria Infantil. Masson do Brasil, São Paulo – 1983
2. ANTIPOFF, H. Não há fome Sem Apetite. In Arte do Brasil, Rio de Janeiro – 1971
3. BARBOSA, A. M. Arte – Educação: Revisão Comparativa in Arte Educação. Escolinha de Arte do Brasil, Rio de Janeiro – Dezembro/1977
4. BATSHAW, M. L. e PERRET, Y. M. A Criança com Deficiência – Uma Orientação Médica. Santos Maltesse, São Paulo – 1990
5. BLEGER, J. Temas de Psicologia – Entrevista e Grupos. Martins Fontes, São Paulo – 1989
6. CANZIANI, M^a de L. Educação Especial – Visão de um Processo Dinâmico e Integrado. Educa, Curitiba – 1985
7. CORDEIRO, M. Manual sobre Autismo. Gráfica do Senado, Brasília – 1989
8. DUARTE JR, J. F. Por que Arte – Educação? Papirus, Campinas – 1988
9. GADOTTI, M. Dialética do Amor Paterno. Cortez, São Paulo – 1989
10. GAUDERER, C. Autismo. Atheneu, São Paulo – 1993
11. LEBOYER, M. Autismo Infantil – Fatos e Modelos
12. LOWENFELD, V. A Criança e sua Arte
13. MANNONI, M. Um Lugar Para Viver. Moraes, Lisboa – 1978
14. MANNONI, M. A Criança Retardada e a Mãe. Martins Fontes, São Paulo – 1988
15. MAZZOTA, M. J. S. Fundamentos da Educação Especial. Pioneira, São Paulo – 1982
16. MAY, R. A Coragem de Criar. Nova Fronteira, Rio de Janeiro – 1975

17. MIRANDA, S. M^a. G. A. *Artes Plásticas: Uma Abordagem Junto à Criança com Distúrbio Severo de Comportamento.* Monografia de Conclusão de Curso de Especialização – 1988
18. PEREIRA, R. C. *Espiral do Símbolo Arte como Terapia.* Vozes, São Paulo – 1976
19. PICHÓN-RIVIÉRE, E. *Teoria do Vínculo.* Martins Fontes, São Paulo – 1988
20. READ, H. *Educação pela Arte.*
21. ROCHA, P.P. e BETTELHEIM, B. *A Saga do Autismo.*
22. SZABO, C. B. *Autismo – Depoimentos e Informações.* Edicon, São Paulo – 1988
23. TUSTIN, F. *Autismo e Psicose Infantil.* Imago
24. VISCA, J. *Clínica Psicopedagógica. Artes Médicas,* Porto Alegre – 1987
25. VISCA, J. *Psicopedagogia – Novas Contribuições.* Nova Fronteira, Rio de Janeiro – 1991
26. Jornal *Desafio de Hoje.* Janeiro à Abril/1991 – Dezembro;1992
27. *Subsídios para Organização e Fundamentos de Serviços em Educação Especial.* MEC/SEPS/CENESP. Revista Pestalozzi. Juiz de Fora – 1984