

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO

Suel Porto Alegre de Almeida Duarte

ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE UMA CRIANÇA AUTISTA

Rio de Janeiro
2010

Suel Porto Alegre de Almeida Duarte

Atendimento Psicopedagógico de uma criança autista

Monografia apresentada à Escola de Educação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO – como exigência final da disciplina de Monografia II para a obtenção do Grau de Licenciatura Plena em Pedagogia

Orientadora: Prof^a Dr^a Aliny Lamoglia de Carvalho

Rio de Janeiro
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO

Atendimento Psicopedagógico de uma criança autista

Suel Porto Alegre de Almeida Duarte

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Aliny Lamoglia de Carvalho
Orientadora - UNIRIO

Prof.^a Etiene Abreu

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho a minha avó Léa dos Santos Almeida, que, apesar das muitas dificuldades encontradas em sua vida, sempre se mostrou uma pessoa correta e digna. Constituiu uma bela família e até hoje se mostra uma mulher forte e um exemplo de pessoa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, que, com muito amor, carinho e dedicação, me fizeram a pessoa que sou hoje. Ao meu irmão Lucas, que, apesar de ter crescido junto comigo, sempre foi uma referência para mim. Em especial agradeço a este último e a minha mãe, pelo apoio, compreensão e paciência durante minha jornada acadêmica e durante alguns episódios de estresse acarretados por ela.

Não poderia deixar de mencionar os queridos amigos e professores do Colégio Pedro II, que auxiliaram em meu ingresso em Universidades Públicas. Muito obrigada!

À professora Aliny Lamoglia, que me apresentou à Inclusão. Obrigada pela orientação da presente monografia e, principalmente, pela amizade e dedicação ao longo dos dois anos em que participei do Núcleo de Educação Inclusiva.

Aos amigos do NEI, que participaram comigo das angústias e alegrias dos atendimentos, além da busca constante pelo aprendizado acerca da inclusão e de questões despertadas por ela.

Obrigada aos amigos da Unirio, pelo apoio durante nossa jornada acadêmica e pelas amizades sinceras lá conquistadas, que espero que continuem para sempre.

Agradeço a todos os que passaram pelo Núcleo, sendo ou não meus pacientes, pela enriquecedora experiência de estudo e aplicação da teoria na prática. E, principalmente, agradeço ao C., cujo caso é estudado neste trabalho, por ajudar profundamente, ainda que sem saber, em minha formação profissional.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo analisar um estudo de caso e demonstrar como o tratamento psicopedagógico acarreta mudanças significativas no processo de desenvolvimento de uma criança autista. Foram abordados os seguintes temas: os campos de atuação dos psicopedagogos (diferença entre Psicopedagogia Clínica e Institucional) e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Ao final, relato um estudo de caso observado no Núcleo de Educação Inclusiva da UNIRIO, do qual fiz parte por dois anos. A criança que participou do estudo foi atendida por mim no decorrer deste ano.

Palavras-chave: psicopedagogia; autismo; desenvolvimento infantil

ABSTRACT

The goal of this work was to analyze a case study and show how psychopedagogy treatment brings significant changes in the development process of an autistic child. The following topics were covered: practice areas of psychopedagogists (difference between Clinical and Institutional Psychopedagogy) and Invasive Disorders of the Development. In the end, I report a case study that took place in UNIRIO's Center of Inclusive Education, which I participated for two years. The child of the study was attended by myself during this year.

Keywords: psychopedagogy; autism; child development

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1. PSICOPEDAGOGIA.....	11
1.1 Definição.....	11
1.2 Psicopedagogia Institucional.....	12
1.3 Psicopedagogia Clínica.....	13
1.4 Diagnóstico Psicopedagógico.....	14
2. AUTISMO.....	17
2.1 Definição.....	17
2.2 Diagnóstico e tratamento.....	20
3. APLICAÇÃO DA TEORIA: ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE UMA CRIANÇA AUTISTA.....	23
3.1 Apresentando C.....	23
3.2 Atendimento no Núcleo de Educação Inclusiva.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS.....	36

INTRODUÇÃO

Lidar com a diferença ainda é uma questão que desperta insegurança, receio, às vezes medo. Ao experimentarmos estes sentimentos, contudo, com estudo e conhecimento teórico, podemos aprender a lidar com as questões que nos são impostas. Penso que a pior atitude a ser tomada seja a indiferença. O não saber lidar e não *querer* saber lidar marca negativamente a educação e, conseqüentemente, todas as áreas de desenvolvimento de uma criança com necessidade educacional especial, ocasionando significativos atrasos em seu crescimento. A inclusão educacional se faz necessária ao longo do processo educacional de crianças com NEE (Necessidades Educacionais Especiais). A inclusão pressupõe adaptações curriculares e todas as mudanças necessárias que lhe dizem respeito, uma proposta pedagógica específica, uso de mediação (seja esta realizada pelo professor ou por outra pessoa designada para este fim), modificação de critérios de promoção no que tange às práticas avaliativas, em suma, é imprescindível que haja uma estrutura que garanta e permita a presença desta criança em sala de aula.

Concomitantemente às adaptações necessárias no processo educativo, ganha-se muito, em termos de desenvolvimento global, quando a criança tem a oportunidade de ter um acompanhamento psicopedagógico. Esta área de atuação lida com os processos de aprendizado, analisando as peculiaridades do indivíduo e promovendo intervenções específicas necessárias a cada situação.

As características próprias dos transtornos invasivos do desenvolvimento ocasionam prejuízos qualitativos na aprendizagem. Justifica-se, então, a validade de uma intervenção psicopedagógica, principalmente quando iniciada precocemente, como será esclarecido a longo do presente trabalho.

No capítulo 1 discorro sobre a Psicopedagogia, com enfoque na Psicopedagogia Clínica, por ser área na qual atuei ao longo de dois anos, e na qual foi atendido C., participante deste estudo. Utilizo como base as autoras Nádia Bossa e Maria Lucia Weiss.

Em seguida escrevo sobre o autismo: suas características, como se dá o diagnóstico e as intervenções propostas.

Relato, então, a análise dos atendimentos de um autista realizado por mim no Núcleo de Educação Inclusiva, com base nos pressupostos teóricos apresentados nos capítulos anteriores.

O Núcleo de Educação Inclusiva é resultado de implantação de uma Política de Educação Inclusiva visando direcionar ações acadêmicas e universitárias no atendimento de pessoas com necessidades educacionais especiais.

“Entende-se por Educação Inclusiva um conjunto de recursos e serviços educacionais especiais organizados para apoiar, complementar e, em alguns casos específicos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação de todos na conquista da cidadania” (LAMOGLIA, 2008, p.2)

Segundo Lamoglia (2008), a atual configuração da Educação Inclusiva exige que as universidades aliem sua função de produção de conhecimento ao compromisso com a melhoria da qualidade de ensino. Essa exigência, ainda de acordo com a autora, implica em formação de profissionais qualificados e apoio à instituições escolares visando maior qualidade na escolarização de alunos com necessidades educacionais especiais. O NEI apresenta objetivos que visam atender essa demanda, entre outras.

O Núcleo, instalado no campus de Botafogo da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, atualmente promove atendimento psicopedagógico a 16 alunos da rede pública de ensino que apresentam necessidades educacionais especiais ou dificuldades de aprendizagem. A equipe conta com sete participantes: cinco alunos da graduação que realizam os atendimentos, uma aluna que participa como ouvinte das reuniões e a professora, que supervisiona os estudantes.

Os encontros de supervisão são semanais e neles há troca de informações dos atendimentos e estudo teórico sobre as diversas questões levantadas pela Educação Inclusiva.

CAPÍTULO I

PSICOPEDAGOGIA

1.1 Definição

A Psicopedagogia nasceu na Europa, no século XIX, mais precisamente na França, como um movimento de colaboração entre educadores, filósofos e médicos, em busca de soluções para os problemas da aprendizagem. Educadores europeus como Itard, Pereine, Pestalozzi e Seguim, embasados no pensamento Psicanalítico de Jacques Lacan, começaram a se dedicar às crianças que apresentavam dificuldades de aprender. (OLIVEIRA, 2007, p.9)

De acordo com o artigo 1º do Código de Ética de Psicopedagogia, esta área trata-se de um campo de atuação em Ciência e Saúde que lida com o processo de aprendizagem humana, seus padrões normais e patológicos, considerando a influência do meio - família, escola e sociedade - no seu desenvolvimento, utilizando procedimentos próprios da Psicopedagogia.

Parágrafo único: a intervenção psicopedagógica é sempre da ordem do conhecimento relacionado com o processo da aprendizagem.

Esta área, conforme explicitado no parágrafo único do Código de Ética, possui como foco as possibilidades de aprendizado, ou seja, visa "favorecer a apropriação do conhecimento pelo ser humano, ao longo de sua evolução" (BOSSA, 2007, p.33). O clínico tem obrigação de intervir, "buscando remover as causas profundas que levaram ao quadro do não aprender" (WEISS, 1992, P.10).

Tendo como base o pressuposto de que os processos de aprendizagem e desenvolvimento não coincidem, mas que "o aprendizado adequadamente organizado resulta em desenvolvimento mental" (VYGOTSKY, 1994, p.118) fica clara a importância da psicopedagogia no desenvolvimento do paciente: o aprendizado, área de estudo e aprofundamento da psicopedagogia, faz-se necessário para que ocorra o "desenvolvimento das funções psicológicas culturalmente organizadas e especificamente humanas" (p.118).

Atualmente a psicopedagogia atua tanto no âmbito preventivo (Psicopedagogia Institucional) quanto no remediativo (Psicopedagogia Clínica).

1.2 Psicopedagogia Institucional

É válido afirmar que a Psicopedagogia Institucional pode ocorrer em diversos campos de atuação, como empresarial, hospitalar e escolar. Destacarei a atuação do psicopedagogo em instituições de ensino, uma vez que o presente trabalho está relacionado com a escola e com as questões pedagógicas.

A Psicopedagogia Institucional possui caráter preventivo: os psicopedagogos atuam em instituições de ensino (no caso da psicopedagogia escolar) auxiliando os profissionais que lidam com os educandos, orientando-os em relação às práticas de aprendizado; operando em reprogramações curriculares e implantações de sistemas avaliativos; auxiliando na análise de conteúdos e reconstrução conceitual; enfim, a atuação ocorre tendo como foco a “construção do conhecimento do sujeito, que neste momento é a instituição, com sua filosofia, valores e ideologia”(BOSSA, 2007, p.87). Como coloca a autora, o diálogo ocorre com todo o complexo de redes de relações existentes na instituição. A atuação se dá de acordo com a demanda deste sujeito (institucional).

A atuação, segundo Golbert (1995), não deve se restringir à escola, mas estender-se também à família e à comunidade, esclarecendo a pais, professores e administradores sobre as características das “diferentes etapas do desenvolvimento, sobre o progresso nos processos de aprendizagem, sobre as condições psicodinâmicas da aprendizagem, sobre as condições determinantes de dificuldades de aprendizagem” (GOLBERT *apud* BOSSA, 2007, p.22).

Além de orientação à instituição no sentido de esclarecer as diferentes características encontradas nos educando, o psicopedagogo institucional atua, segundo Bossa (2007), visando minimizar a frequência dos problemas de aprendizagem, a partir de um trabalho de análise de questões didático-metodológicas, curriculares e dinâmica institucional. Questões essas que acabam por influenciar, positiva ou negativamente, os educandos e sua relação com a instituição e aprendizagem. A observação e análise dos aspectos pertinentes à escola permitem intervenção apropriada no sentido de propiciar “melhoria das relações com a aprendizagem, assim como a melhor qualidade na construção da própria aprendizagem de alunos e educadores” (WEISS *apud* BOSSA, 2007, p.89).

Bossa (2007) pontua ações que cabem ao psicopedagogo institucional:

- detectar possíveis perturbações no processo de aprendizagem;
- participar da dinâmica das relações da comunidade educativa, a fim de favorecer processos de integração e troca;
- promover orientações metodológicas de acordo com as características dos indivíduos e grupos;
- realizar processos de orientação educacional, vocacional (atualmente denominada profissional) e ocupacional, tanto na forma individual quanto em grupo.

1.3 Psicopedagogia Clínica

Na concepção de Bossa (2007), o que determina o caráter clínico em uma atuação é a atitude investigativa de uma situação como particular e única, que muitas vezes se apresenta como intransferível. Sendo assim, as estratégias e ferramentas utilizadas em determinada situação não necessariamente se aplicarão adequadamente em outra:

"Cada situação é única e requer do profissional atitudes específicas em relação àquela situação. Ao considerar essa condição – isto é, cada sujeito e seu caso específico, seja no espaço da clínica ou da instituição o trabalho assume essa configuração clínica" (BOSSA, 2007, p. 83).

A Psicopedagogia clínica atua no âmbito terapêutico. O profissional recebe o indivíduo que apresenta algum impedimento no seu processo de aprendizagem e atua no sentido de minimizar ou mesmo eliminar as questões que interferem negativamente neste processo.

A análise do sujeito será realizada em sessões de avaliação, para que o psicopedagogo possa "entender como este sujeito aprende e quais são os elementos que estão limitando esta aprendizagem" (GUIMARÃES em LAMOGLIA, 2009, p.204).

A investigação ocorre, de acordo com Weiss (1992), no sentido de entender uma conduta que não é a esperada para que possa haver intervenção adequada. Trata-se do "não aprender, do aprender com dificuldade ou lentamente, do não-

revelar o que aprendeu, do fugir de situações de possível aprendizagem” (p.14). Obtém-se, assim, uma visão global da forma de aprender do sujeito e os desvios que ocorrem nesse processo.

Bossa (2007) aponta que o trabalho não consiste em apenas identificar o porquê do sujeito não aprender, mas o que e como ele pode aprender. Golbert coloca ainda que o objeto de estudo, nesse caso, é a “identificação, análise, elaboração de uma metodologia de diagnóstico e tratamento das dificuldades de aprendizagem” (GOLBERT *apud* BOSSA, 2007, p.22).

1.4. Diagnóstico psicopedagógico

O primeiro passo em uma intervenção psicopedagógica é a realização de um diagnóstico do paciente. A anamnese consiste em uma entrevista inicial com os responsáveis (não necessariamente os pais) do paciente para que se possa conhecer dados significativos da história de vida do mesmo. São investigadas questões como a realização ou não de pré-natal, realização de exames solicitados logo após o nascimento, quando a criança falou a primeira palavra, marcha (com que idade começou a andar), com que idade sustentou o pescoço, quando entrou na escola, quais instituições cursou, dinâmica familiar (com quem a criança reside), entre outras que acabam por surgir ao longo da entrevista.

Weiss, em *Psicopedagogia Clínica: uma visão diagnóstica*, estrutura uma seqüência geralmente seguida durante o período de avaliação:

- 1) Entrevista Familiar Exploratória Situacional
- 2) Anamnese
- 3) Sessões Lúdicas centradas na Aprendizagem (para crianças)
- 4) Complementação com provas e testes (quando for necessário)
- 5) Síntese diagnóstica - Prognóstico
- 6) Devolução - Encaminhamento

A autora defende a importância do profissional de psicopedagogia ter conhecimento do que chama de dois grandes eixos de análise: eixo horizontal, que compreende o campo presente, ou seja, a visão imediata das causas que coexistem com os sintomas e o eixo vertical, que consiste na análise do

histórico, da construção do sujeito. Daí a necessidade da anamnese e do constante contato com os pais, uma vez que em conversas antes ou após as consultas podemos obter dados não revelados durante a entrevista inicial, seja por retração dos pais em um primeiro contato com o profissional ou por omissão de informações não consideradas importantes por parte deles.

Com base nos dados obtidos diretamente pelo psicopedagogo e através de laudos anteriores, observações da escola e da família, o profissional poderá identificar os desvios e obstáculos no modelo de aprendizagem do sujeito. Modelo de aprendizagem pode ser entendido como o "conjunto dinâmico que estrutura os conhecimentos que o sujeito já possui" (WEISS,1992, p.18), como estilos usados na aprendizagem, funcionamento cognitivo, hábitos adquiridos, motivações, ansiedades e defesas, por exemplo.

Quando o terapeuta, segundo Weiss, consegue formular um esboço do modelo de aprendizagem, este atingiu um nível de integração de dados que lhe permite refletir e levantar hipóteses sobre a causalidade do problema e traçar direções para mudar a situação presente.

Ocorre, então, a entrevista de devolução. Nesta, o diagnóstico psicopedagógico é apresentado aos pais, esclarecem-se as dúvidas e são traçados planos de ação para o início do tratamento.

No parecer psicopedagógico encontra-se o que foi observado no paciente em relação a quatro aspectos:

- 1) socioafetivo, que se caracteriza pelo nível emocional e relacional: a relação com o psicopedagogo; relações com o grupo social no qual a criança está inserida, representadas através dos testes aplicados ao longo da avaliação; significado do sintoma para o paciente; reação à escola; entre outros aspectos relevantes que contemplem esta área;
- 2) pedagógico, que consiste na análise do conhecimento formal apresentado. Weiss (1992) observa a importância de dar-se uma visão global do nível pedagógico do paciente e suas especificidades nos diferentes campos, como leitura, escrita e cálculo;
- 3) cognitivo, área na qual situa-se o nível da estrutura do pensamento e seu funcionamento, ou seja "modos e processamento de informação, (...) dispositivos potenciais de adaptação e de pensamento lógico que podem ser aprendidos"

(FONSECA, 2009, p.118). São analisadas questões como capacidade de antecipação, seqüência lógica, e a modalidade predominante de pensamento (mais assimilativo, hiper ou hipo acomodativo, etc);

4) corporais, ou seja, uso do corpo nas diversas situações e aspectos de psicomotricidade.

Além de serem apresentados o que foi observado no paciente, há também orientação à família em relação a possíveis mudanças nas atitudes adotadas como a forma de lidar com o paciente em casa, por exemplo. Quando necessário ocorre também encaminhamento a profissionais de outras áreas, como psicologia e fonoaudiologia.

Concluída a avaliação, inicia-se o tratamento psicopedagógico apropriado à situação para eliminação do sintoma apresentado ou encaminha-se o sujeito a profissionais apropriados à demanda apresentada.

CAPÍTULO II

AUTISMO

2.1 Definição

Autismo, ou síndrome do autismo infantil, é um conjunto de sintomas nomeados pelo psiquiatra infantil Leo Kanner em 1943. Atualmente é considerado um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID). Esta nomenclatura é utilizada quando há “desvio no desenvolvimento típico (e não somente um atraso)” (GIKOVATE em LAMOGLIA, 2009, p.134).

De acordo com o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria), os TIDs se caracterizam por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, e imaginação (interesses e atividades estereotipados), acarretando comprometimento na aprendizagem. Costuma-se chamar esta tríade de “tripé do autismo”. Essas características abarcam: Transtorno autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do desenvolvimento sem outra especificação.

Critério diagnóstico para Transtorno Autista, de acordo com o DSM-IV:

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

(1) prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:

(a) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social

(b) fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento

(c) falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse)

(d) falta de reciprocidade social ou emocional

(2) prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

- (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica)
- (b) em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação
- (c) uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática
- (d) falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento

(3) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

- (a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco
- (b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais
- (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo)
- (d) preocupação persistente com partes de objetos

B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social, ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.

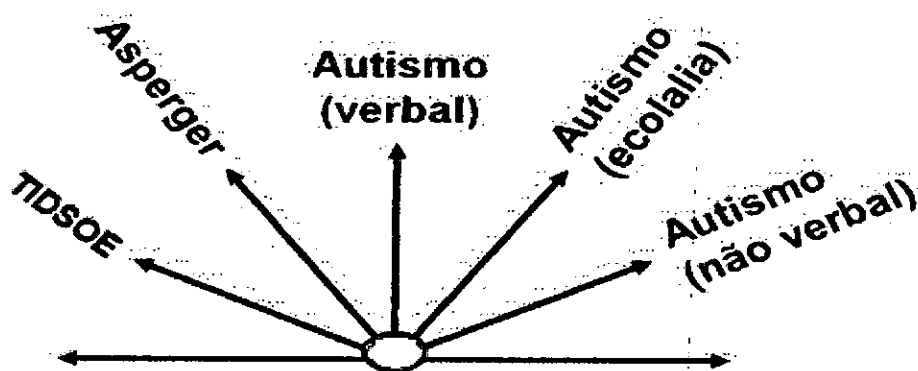
C. A perturbação não é melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância

Para que o diagnóstico de transtorno autista seja auferido é necessário haver comprometimentos nas três áreas do tripé e que os sintomas tenham começado antes dos três anos de idade. É importante ressaltar que os sintomas podem estar presentes desde o nascimento ou surgir em algum momento antes dos três anos de idade.

Existem diferentes graus de autismo e diferentes intensidades dos sintomas, ou seja, uma criança pode apresentar comprometimento mais intenso

na comunicação do que na sociabilidade, como é o que ocorre no estudo de caso que será apresentado no capítulo 3.

Espectro Autístico:



A denominação para os quadros mais leves de autismo é transtorno invasivo não especificado e Síndrome de Asperger. No outro extremo do espectro estão os casos severos (autismo não-verbal). Entre esses extremos encontram-se os graus intermediários.

Transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação é a nomenclatura utilizada nos casos em que os sintomas autísticos estão presentes, mas não apresentam critérios suficientes para a nomeação da pessoa como autista ou Asperger. De acordo com Gikovate (2009), a maior parte das pessoas com este diagnóstico apresenta sintomas mais leves do que os classificados como autistas ou asperger. A autora ressalta, porém, que não existe um limite preciso entre estes quadros na literatura médica, sendo possível alguém receber de um especialista o diagnóstico de asperger e, de outro, o de transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação.

Segundo Gikovate (2009) denominam-se desordem de Asperger os casos em que a criança não apresenta atraso na aquisição da fala, tendo assim, sua inteligência preservada, com o restante do tripé presente.

Ecolalia se caracteriza por uma repetição em eco da fala. De acordo com Saad e Goldfeld (2009), essas repetições podem ocorrer imediatamente após a afirmativa (ecolalia imediata) ou pouco tempo depois (ecolalia tardia). Há

situações em que a ecolalia consiste em imitação pura e sem contexto, havendo também, segundo as autoras, casos em que a fala se apresenta com intenção comunicativa.

2.2 Diagnóstico e tratamento

O autismo é considerado uma desordem neurobiológica, e não mais psicológica, como era afirmado inicialmente, tendo em vista uma série de evidências como o fato de que há correlação do autismo com determinadas doenças, além de pesquisas na área da genética relatarem que o índice de concordância de autismo em gêmeos monozigóticos é muito maior do que os dizigóticos., por exemplo. Há ainda o fato das características universais apresentadas pelas crianças, o que vai de encontro com a afirmação de ter sido causado por questões afetivas (como se acreditava anteriormente).

Esta síndrome não pode ser detectada por meio de exames médicos, seu diagnóstico é comportamental, como pôde ser visto na tabela acima. O diagnóstico se dá com base em dados clínicos (a partir da história e observação do comportamento). "Os exames complementares permitem apenas investigar a presença de doenças que estão comumente associadas com autismo" (GIKOVATE em LAMOGLIA, 2009, p.138). A autora coloca que exames para investigar causas genéticas de um possível quadro autístico devem receber ênfase uma vez que podem gerar dados para uma família que deseja ter mais filhos. Atualmente, levando-se em conta algumas mudanças conceituais e maior divulgação sobre o tema, estima-se que 1 em cada 100 crianças nascidas estaria no espectro autístico (BAIRD *apud* Gikovate, 2009), o que torna esta patologia uma das mais comumente encontradas no desenvolvimento infantil.

Em razão de muitas das características autísticas serem encontradas em outros distúrbios, tal como deficiência mental ou transtornos de atenção, é imperativo que se faça uma avaliação diagnóstica que permita "mensurar as condutas apresentadas de maneira a se estabelecer um diagnóstico de maior confiabilidade" (ASSUMPÇÃO et ali, 2010, p.7).

Há diferentes meios de avaliação do autismo com base nos comportamentos apresentados pelas crianças. A seguir faço uma breve explicação sobre três escalas de avaliação: CARS (Childhood Autism Rating

Sacle), ATA (Avaliação de Traços Autísticos) e ABC (Autism Behavior Checklist) Em anexo, encontram-se as tabelas a serem utilizadas na avaliação. São escalas que podem ser observadas pela família e/ou escola.

Um dos meios de avaliação é o CARS (anexo1), que consiste em uma escala de pontuação para identificação de crianças com autismo. São dispostos quinze itens comportamentais que devem ser observados na criança. Essa observação pode ser realizada em casa e/ou na escola. Quando concluída, somam-se os pontos que cada item corresponde. A pontuação varia de 1 a 4, havendo meios pontos, utilizados quando o comportamento situar-se entre os dois itens. Por exemplo, se o comportamento for classificado entre o leve e moderado, a pontuação será 2,5. Com base no resultado obtém-se o grau de comprometimento autista: Ausência de comportamentos autísticos: 15 – 29,5. Autismo leve/moderado: 30 – 36,5 e autismo grave: acima de 37 pontos.

Há também a ATA (anexo2), que é composta por vinte e três itens de condutas a serem observados. Cada subescala da prova tem um valor de 0 a 2; e a pontuação ocorre no momento em que um dos itens for positivo. O resultado é obtido somando-se todos os valores da subescala. A nota de corte é 15, ou seja, crianças que apresentam valores iguais ou maiores do que 15 em sua avaliação são consideradas autistas.

O ABC (anexo3) trata-se de uma listagem de 57 comportamentos atípicos. As respostas positivas têm pontuação 1. As negativas ou que os pais não sabem responder têm pontuação zero. Com um total de 68 pontos a criança é considerada autista. Escores entre 54-67, de acordo com Perissionoto et all, são consideradas de moderada probabilidade para o autismo.

O resultado dessas observações pode contribuir na formulação e/ou vir a ratificar um diagnóstico psicopedagógico, além de possibilitar constante avaliação do perfil apresentado.

Segundo Gikovate, apesar de não haver um tratamento curativo para o autismo, algumas técnicas comportamentais e educacionais trazem benefício quando iniciadas precocemente. Através de propostas específicas, a intervenção precoce consiste em proporcionar à criança "habilidades que permitam seguir o curso do desenvolvimento típico" (SERRA & VILHENA, 209, p.150). Devido às peculiaridades do autismo, o melhor é um tratamento individualizado, que

contemple as demandas colocadas pelas limitações e potencialidades apresentadas por cada pessoa. O ideal é que tais intervenções sejam iniciadas antes dos quatro anos de idade.

A intervenção deve ser intensiva, freqüente e precoce, sempre tendo em vista o quadro clínico e o perfil de cada sujeito ao estabelecer seus objetivos. Serra e Vilhena (2009) apontam a especificidade das metas estabelecidas de acordo com o perfil do autista, e colocam que, quando o há prejuízo significativo na cognição, os objetivos "giram em torno de adquirir as habilidades básicas, especialmente as habilidades de comunicação, interação social, imaginação e autonomia" (SERRA & VILHENA, 2009,p.146).

CAPÍTULO III

APLICAÇÃO DA TEORIA: ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE UMA CRIANÇA AUTISTA

3.1 Apresentando C.

Descrevo, a seguir, o quadro clínico apresentado pela criança observada e as estratégias de tratamento. Faz-se necessário ressaltar que, como pontuado anteriormente, nenhum caso é igual ao outro, cada criança apresenta características próprias. Sendo assim, os pequenos aspectos que apresentaram alguma melhora, seja no comportamento ou na comunicação, precisaram de tempo e intervenção adequados para ser identificados e considerados como importantes aquisições para a criança.

É fundamental conhecer a criança e suas peculiaridades não apenas através do relato da família e da escola, mas na observação constante que deve ocorrer nas sessões de atendimento. Para que se possa, assim, pensar nas estratégias de intervenção mais adequadas ao caso.

Destaco os aspectos mais significativos que ocorreram ao longo do atendimento, não necessariamente de forma linear conforme a cronologia dos acontecimentos, mas de acordo com a divisão dos tópicos dos temas abordados, de modo a facilitar a organização e coesão do texto.

C. chegou ao Núcleo no dia 16 de março de 2010, aos cinco anos de idade. Ao analisarmos a qualidade de sua linguagem percebemos que apresentava um repertório de poucas palavras, sendo que estas consistiam basicamente em repetições (ecolalias imediatas e tardias), com interpretação de poucos comandos verbais. Não falava frases inteiras e a comunicação ocorria devido aos gestos ou entonação ao pronunciar as palavras. Temos como exemplo: "tchau papai?". Neste caso a criança questionava se o que era esperado dela era que entrasse na sala de atendimento (quando, então, se despedia de seus pais). Há também o fato de C. apontar para determinado brinquedo e falar seu nome, esperando que este lhe fosse entregue.

3.2 Atendimento no Núcleo de Educação Inclusiva

Durante a intervenção psicopedagógica são estabelecidas prioridades a serem trabalhadas. A prioridade estabelecida, junto com a família, foi a fala espontânea. A língua estrutura o pensamento, logo, é a base para que a aprendizagem ocorra. O atraso na sua aquisição acarreta atraso cognitivo visto que “o pensamento não é simplesmente expresso em palavras: é por meio delas que ele passa a existir. Cada pensamento tende a relacionar alguma coisa com outra, a estabelecer uma relação entre as coisas” (VYGOTSKY, 1993, p.108).

Sendo assim, a intervenção em crianças pequenas deve girar em torno da língua, uma vez que o desempenho verbal propicia melhor interação, comunicação e, conseqüentemente, aprendizagem.

Desenvolvimento lingüístico através da mediatização

Vygotsky ([1939]2008) nos fala de um “momento crucial”, que corresponde àquele em que a fala passa a servir ao intelecto. Antes deste momento a criança conhece um pequeno número de palavras que substituem objetos, ações, estados ou desejos. Ao perceber a função da fala, ela passa a tentar, deliberadamente, aprender todos os signos relacionados aos objetos. A fala passa, então, de uma fase “afetivo-conativa” para uma intelectual. É quando, segundo o autor, as linhas do desenvolvimento da fala e do pensamento se encontram.

Neste ponto, o autor afirma que “as estruturas da fala dominadas pela criança tomam-se estruturas básicas de seu pensamento” (2008, p.62). Ou seja, o “desenvolvimento do pensamento é determinado pela linguagem, isto é, pelos instrumentos lingüísticos do pensamento e pela experiência sócio-cultural da criança” (2008, p.62). Sendo assim, o desenvolvimento infantil depende do uso da língua.

Fonseca (2009) discorre sobre a importância da mediatização para o desenvolvimento das funções cognitivas da criança. Crianças e jovens com inteligência dita adequada e funcional necessitam menos de mediatização, podendo ter acesso ao desenvolvimento de funções cognitivas básicas através da exposição direta a situações adequadas. Já aqueles com inteligência dita inadequada, disfuncional “podem aprender menos através da exposição direta a

situações ou estímulos e depender mais de mediatização” (FONSECA, 2009, p.119).

A criança autista, devido às particularidades da síndrome, necessita de ensino sistemático de questões aprendidas naturalmente por outras crianças, como é o caso da comunicação e comportamento adequado. Nesse caso, a mediatização intensiva e constante faz-se fundamental.

Aspectos afetivos

C. possui vínculo bem forte com seus pais, mostrando-se muito carinhoso com ambos, embora demonstre maior proximidade com o pai. Esta maior proximidade possivelmente ocorre em razão de o pai falar mais com ele do que sua mãe. Este, além de conversar com C., canta para ele, realiza brincadeiras como fazer cócegas e o elogia quando apresenta comportamento adequado. A interação se faz presente nestas situações, que provavelmente se repetem em casa. Aqui cabe observar a relevância da estimulação verbal dos cuidadores para que os possíveis atrasos na aquisição de língua sejam minimizados. Como já foi citado, a língua estrutura o pensamento, é sua base, sendo assim, é primordial para o desenvolvimento do pensamento. Pais pouco verbais acabam por estimular insuficientemente seus filhos. Refiro-me, aqui, especificamente ao autismo, visto que devido a suas características, as crianças precisam ser constante e sistematicamente estimuladas. “As estratégias de interação adotadas pelos adultos influenciam crítica e direcionalmente o desenvolvimento social, cognitivo e emocional das crianças e dos jovens”. (FONSECA, 2009, p.108)

Buscamos, no atendimento clínico, que C. “funcionasse” conosco em uma modalidade de relação que ia além do desenvolvimento de fala espontânea por parte dele, muitas vezes perguntávamos e respondíamos, compreendíamos a sua intenção frente a um objeto e verbalizávamos em seu lugar. Vygotsky (*apud* Lamoglia, 2008) entende o desenvolvimento da língua como um fenômeno social e cultural, afirmando que sua aquisição ocorre na interação entre a criança e o meio. A importância do meio é tão significativa que pode acelerar ou retardar o desenvolvimento da linguagem. No caso da criança estudada, é imprescindível que haja constante contato com a língua para que esta seja desenvolvida. O atraso no desenvolvimento da língua acaba por gerar falhas na comunicação e

interação, já existentes, neste caso, devido às características do transtorno autista.

Mudanças comportamentais observadas ao longo de um ano de atendimento:

Seus pais informaram, durante a anamnese, sobre a influência que as músicas exercem em C. Este fato foi logo confirmado nas primeiras sessões: coloquei, inicialmente, músicas infantis que a criança tinha por hábito ouvir em sua casa. Entretanto, penso que pelo fato de as músicas serem agitadas, C. também se mostrou agitado. Na sessão seguinte o atendimento se deu com uma seleção de músicas calmas ao fundo, fato que contribui muito para uma sessão tranquila.

Após algumas sessões foi possível observar pequenas, mas significativas, mudanças: No início do tratamento C. freqüentemente saía da sala e ia para a sala de espera, onde ficam seus pais, abraçava o pai e ficava no colo dele. Eu ia até ele e o chamava de volta, pegando-o pela mão em direção à nossa sala. Hoje em dia C. raramente procura sair da sala, chegando a ficar uma sessão inteira na mesma. Quando o faz, não preciso mais buscá-lo pela mão, espero que abrace seus pais (geralmente, seu pai) e o chamo da porta da sala de atendimento. C. fala “tchau papai, tchau mamãe”, e retoma comigo. Ao sair da sala, o próprio C. abre a porta, fato que não ocorria antes: ele segurava minha mão e a levava até a maçaneta para que eu abrisse.

Hoje em dia, permite que eu altere a disposição dos objetos na mesa ou mesmo os que estão sendo trabalhados por ele, como retirar os carrinhos após algum tempo brincando. C. gosta muito de brincar com os seis carrinhos coloridos do Núcleo. Ele os enfileira e anda com todos juntos ao mesmo tempo. Atualmente ele permite que eu pegue os carrinhos para brincar também. Às vezes empurro-os na direção dele e peço para que ele empurre de volta – o que na maioria das vezes ele faz. C. só realiza este movimento, entretanto, quando sugiro que brinquemos deste modo. Sua brincadeira espontânea ainda se apresenta rígida e repetitiva, consistindo em alinhar os carrinhos sobre a mesa e movimentá-los para frente e para trás enquanto tangencia o olhar. Já consigo, também, guardar os carrinhos para que possamos passar a outra atividade, o que era mais difícil do início do atendimento. C. inclusive guarda-os quando solicito, sem que eu precise

mostrar-lhe o que fazer: ele vai até a caixa onde ficam os carrinhos e os coloca na mesma (todos enfileirados e voltados para o mesmo sentido).

Nas primeiras sessões C. chegava ao Núcleo e ficava andando de uma sala a outra olhando para o chão, teto e paredes. Recusava a maior parte das atividades que eu propunha e, quando aceitava os objetos a eles oferecidos brincava isoladamente.

Hoje em dia permanece na sala de espera com seus pais ou vai até a sala que estou. Houve ocasiões em que C. chegou e falou "oi" sorrindo e olhando para mim.

Seu olhar em minha direção ocorre com certa frequência (quando o chamo ou espontaneamente) e apresenta sorriso responsivo frequentemente. Atualmente aceita a maioria das minhas sugestões de atividades sem resistência, ajudando-me a guardar os objetos utilizados ao término da atividade sem que eu precise pegar sua mão e levá-la até o objeto. Algumas vezes, inclusive, não preciso começar a guardar para ele ver o que deve fazer, apenas aviso que iremos guardar os brinquedos.

Comunicação:

A comunicação ocorre, ainda que não seja através da utilização da forma convencional da língua. Uma das poucas vezes em que C. fez uma pergunta foi quando, durante uma atividade, voltou-se para mim por duas vezes e perguntou: "Cadê papai?", respondi que este estava na sala de espera, apontei a direção e voltei o foco para a atividade. C. continuou o que estava fazendo sem fazer menção de sair. Repetiu a pergunta mais algumas vezes e, ao ouvir minha resposta, voltava à atividade em questão.

Em outro momento, brincávamos com peças de encaixar que possuem adesivos de um desenho animado. Um dos bonecos da figura se chama Júlio. C. apontava para as figuras e dizia o nome de cada boneco. Não sabia apenas o nome de uma das personagens, quando me olhava, então, a espera que eu falasse seu nome. Repetia o nome da personagem e seguia falando os nomes dos outros. Neste dia, quando eu peguei as peças para guardarmos na caixa, houve certa resistência por parte dele. Depois de insistir ele olhou para mim e perguntou "tchau pro Júlio?", ao ouvir minha resposta positiva passou a me ajudar a guardar.

Neste mesmo dia enquanto fazíamos outra atividade, C. olhou para mim e perguntou “oi pro Júlio?”, numa tentativa de que pudesse pegar os encaixes. Respondi que brincaríamos com esse brinquedo depois e ele continuou a atividade proposta. Tempo depois, quando falei para pegarmos o brinquedo de montar, pegou a caixa e a colocou na mesa.

Essas perguntas, por parte dele, apesar de não estarem totalmente adequadas à situação, são uma forma de comunicação em que C. busca saber se pode brincar com determinado brinquedo. Iniciou-se, desta forma, uma comunicação funcional, objetivo importantíssimo no plano de atendimento psicopedagógico de C.

Interesses e atividades restritos:

Uma das características do comprometimento da imaginação é o repertório restrito de interesses e atividades. Nestes casos, segundo Gikovate (2010), é comum a presença movimentos corporais repetitivos e tendência à repetição de assuntos ou brincadeiras. Essas características podem ser observadas em C. em diferentes momentos ao longo do atendimento: em diversas sessões ele olhava para mim e perguntava “Cadê Júlio?”, referindo-se ao brinquedo de encaixe já citado anteriormente; outro ponto observado foi a maneira que brincava com os carinhos: sempre os enfileirava de forma que todos ficassem voltados para a mesma direção e fazia movimentos repetitivos de vai e vem. C. não analisava outras formas de manipular os objetos que tinha em mãos, tendo eu que lhe mostrar outras formas de brincadeiras.

Procuro colocar na mesa poucas opções de atividades a serem realizadas para que C. indique sua preferência sem que outras opções acabem por se tornar distratores. Fui surpreendida, entretanto, quando, ao entrar na sala, C. imediatamente buscou uma caixa com brinquedos coloridos de montar. Após abrímos a caixa e espalharmos as peças sobre a mesa, C. virou-se para o lado e pôs-se a manusear a caixa, ignorando os encaixes coloridos.

Gikovate menciona a seleção pouco comum de autistas no que diz respeito à escolha de brinquedos. Faz referência, também, à “grande atração por objetos que rodam”, característica também apresentada por C. Quando o ventilador da

sala fica ligado, é um ponto de distração: freqüentemente ele se levanta e vai até o aparelho, posicionando-se em frente ao mesmo até que eu o chame de volta.

Gikovate (2010) discorre, entre outros aspectos, acerca da dificuldade geralmente apresentada por crianças autistas de brincar de maneira criativa, "criando histórias, falando pelos bonecos ou reproduzindo, por meio de cenas, situações familiares" (p.123). Um fato que surpreendeu positivamente foi quando C., ao sair da sala de atendimento em direção a seus pais, voltou com uma boneca (na sala de espera há uma caixa com brinquedos). Ele sentou em sua cadeira, colocou-a na mesa e falou a cor de seus olhos e seu vestido, olhando para mim para que eu falasse se estava correto, como faz algumas vezes. Ao terminar ficou olhando para a boneca por alguns segundos, em seguida imitou som de choro infantil. Pegou-a então, no colo, embalando-a e falou "que foi, que foi", soando como um adulto ao acalmar um bebê. É importante ressaltar que C. nunca havia dado sinais de que pudesse brincar de maneira simbólica. Também não houve, após esse episódio, outros que envolvessem alguma atividade imaginativa, o que pode levar à conclusão de tratar-se de uma imitação diferida (reprodução de um gesto em outro momento). Neste caso, não haveria uma situação imaginária, mas uma memória de algo que realmente aconteceu. Vygostky aponta que, inicialmente, as crianças reproduzem uma situação real em suas brincadeiras: "é uma situação imaginária, mas é compreensível somente à luz de uma situação real que, de fato tenha acontecido" (VYGOTSKY, 1994, p.135).

Esta ocorrência reforça a idéia, entretanto, da particularidade das características de cada criança e da necessidade de observação de suas potencialidades para que haja significativa evolução em seu desenvolvimento.

Outro ponto importante a ser ressaltado é em relação aos números: C. os conhece e sabe a seqüência numérica, não fazendo, entretanto, relação entre representação gráfica e quantidade. Esta afirmação pôde ser comprovada em situações em que foi sugerido que C. contasse quantos carrinhos havia na mesa e, ao chegar ao sexto e último carrinho, ele continuava falando números em seqüência. Contudo, em uma das últimas sessões de 2010, fazíamos bolinhas de massinha quando sugeri que as contássemos (mostrei o esperava que ele fizesse, começando a contagem), ao que fui surpreendida pela contagem exata das

mesmas. Este fato isolado não permite que se afirme que a criança já possui a associação entre números e quantidade interiorizada, mas certamente é um primeiro passo para que tal associação ocorra.

Estereotipias:

A maioria dos autistas tem uma motricidade perturbada pela manifestação intermitente ou contínua de movimentos repetidos e complexos (estereotipias). C. apresenta movimentos repetitivos, como *flapping*, seja por animação ou desagrado. É válido ressaltar as diferenças das estereotipias improdutivas das produtivas. As improdutivas são caracterizadas por manias, reprodução de determinados movimentos por falta de imaginação. Já as produtivas são respostas a algo externo: a estereotipia vem como alívio de tensão, seja por uma situação que desagrade ou por uma euforia excessiva.

Uma das vezes em que C. apresentou este movimento específico foi ao receber um elogio por ter falado os números de uma régua corretamente (estereotipia produtiva). Já em outra situação, o movimento ocorreu quando não permiti que ele empurrasse os blocos de madeira da mesa para o chão (estereotipia improdutiva).

É importante ter consciência dessa diferença: manifestações corporais são uma forma de comunicação, e no quadro autístico, muitas das vezes é a única forma, visto que muitos são autistas não-verbais e os que não são têm dificuldade na comunicação (como no caso apresentado).

Continuação do tratamento

Encerro, nestas linhas, a análise de cerca de dez meses de atendimento. Ainda que a última sessão do ano tenha ocorrido, não apresentarei uma conclusão do tratamento visto que ele perdurará no ano que vem. Em conversas com os pais de C. percebemos que os pequenos, mas significativos, pontos em que ele apresentou sinais de melhora foram percebidos com entusiasmo. Estes aspectos só puderam ser desenvolvidos porque, além das sessões, aconteceram mudanças dos responsáveis em relação ao tratamento tido em casa por C. Observo, aqui, o valor da orientação à família para o tratamento dos pacientes. As sessões, que duram em torno de cinquenta minutos e ocorrem uma vez por semana, não trariam mudanças tão efetivas se não fosse pelo acolhimento da família às

sugestões especializadas e seu engajamento no processo de educação de seu filho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho procurei explicitar a importância de um atendimento psicopedagógico para a melhora de diversos aspectos no desenvolvimento de uma criança autista. Escrevi visando maior esclarecimento destas áreas para a análise ocorrida no capítulo três. Faz-se necessário, contudo, observar a aplicabilidade da Psicopedagogia às diversas questões apresentadas por pessoas com necessidades educacionais especiais. Uma das formas de inclusão é a busca por tratamentos que auxiliem os educando e encaminhamentos a profissionais adequados que possam contribuir para a educação deste indivíduo.

É imprescindível que os pais estejam atentos ao desenvolvimento de suas crianças. É imperativo, também, que ao menor sinal de um possível desenvolvimento atípico sejam consultados profissionais qualificados que possam intervir e auxiliar no decorrer da vida desse sujeito. Assim como em outros transtornos, a intervenção precoce no caso de autismo permite que se minimizem atrasos cognitivos. Conforme relata Gikovate (2009), todas as modificações e intervenções com objetivo de melhorar os sintomas do autismo demonstram melhor resultado quando iniciadas precocemente, ou seja, em crianças com baixa idade.

Ressalto a importância de um trabalho multidisciplinar, que contemple as diversas questões trazidas pelo indivíduo. O ideal encontra-se, na maioria dos casos, muito distante do real. Penso que no caso estudado seriam proveitosos atendimentos em Musicoterapia, Fonoaudiologia e Psicomotricidade. A escassez ou a longa fila de espera nos serviços públicos, no entanto, são empecilhos encontrados ao longo da busca de atendimentos.

Deve-se estar atento às peculiaridades para que se respeite a identidade do sujeito ao planejar sua educação. Não devemos ter em mente a normalização: não necessariamente incluir esse sujeito na sociedade é fazer com que ele participe de atividades comuns como ir ao shopping, por exemplo, se isso causa irritabilidade. Insistir em atividades que provocam estresse pode causar retrocessos significativos.

Cuidar de um ser humano não é fácil, quando esta criança possui características tão contrastantes com outras, a tarefa se torna ainda mais árdua.

A família precisa se mobilizar quando há algum membro com necessidades educacionais especiais e acredito ser benéfico que eles próprios recebam tratamento psicológico, se sentirem necessidade.

O projeto do qual participei me fez perceber que o trabalho psicopedagógico implica, além do trabalho com o paciente, constante orientação à família, idas à Escola e conversas com pessoas próximas à criança. O ser humano deve ser visto em sua totalidade, e não apenas nos aspectos a serem desenvolvidos em uma sessão de cinquenta minutos semanal.

Para finalizar, gostaria de ressaltar a importância de se ter em mente que a inclusão não é para todos, mas para aqueles que dela possam se beneficiar. Ao percebermos, entretanto, que um indivíduo pode ser auxiliado pela inclusão, é fundamental prover todos os meios e recursos que lhe beneficiem o desenvolvimento, garantindo uma vida mais autônoma possível.

Referências Bibliográficas

FONSECA, Vitor. Cognição, Neuropsicologia e aprendizagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

LAMOGLIA, Aliny. Temas em Inclusão: saberes e práticas. Rio e Janeiro: Synergia: UNIRIO, 2009

MACHADO, M. L. S. Educação e Terapia da criança autista: uma abordagem pela via corporal. Porto Alegre, outubro de 2001

VYGOTSKY, Lev Semyonovich, A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WEISS, Maria Lucia Lemme. Psicopedagogia Clínica: uma visão diagnóstica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

Revista Ciência e Vida, Psique Edição especial nº2, p.9. Ed Escala, São Paulo, SP)

Pró-Fono Revista de Atualização Científica: Pró-Fono R. Atual. Cient. vol.21 no.3 Barueri July/Sept. 2009

FERNANDES, Fernanda D. M. & MILHER, Liliâne P. Relações entre a Autística Behavior Checklist (ABC) e o perfil funcional da comunicação no espectro autístico. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/pfono/v20n2/en_07.pdf

<http://www.abpp.com.br/apresentacao.htm>

<http://www.carlagikovate.com.br/>

<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/artigo.asp?codigo=197>

<http://www.sbfa.org.br/portal/anais2009/resumos/R1487-1.pdf>

DSM IV Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php>

Projeto começar do começo

ASSUMPÇÃO JR et all. Correlação entre as escalas CARS e ATA no diagnóstico de autismo. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5894/2010/v29n1/a002.pdf>

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572008000700001&script=sci_arttext

ANEXOS

ANEXO 1. CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

Relações pessoais:
1 Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: O comportamento da criança é adequado à sua idade. Alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico;
2 Relações levemente anormais: A criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímida, não responder ao adulto como esperado ou agarrar-se ao pais um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade;
3 Relações moderadamente anormais: Às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto). Outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança. O contato iniciado pela criança é mínimo;
4 Relações gravemente anormais: A criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo. Ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto. Somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito.
II. Imitação:
1 Imitação adequada: A criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade;
2 Imitação levemente anormal: Na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso;
3 Imitação moderadamente anormal: A criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; freqüentemente imita apenas após um tempo (com atraso);
4 Imitação gravemente anormal: A criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com estímulo e assistência.
III. Resposta emocional:
1 Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta;
2 Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. Às vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor;
3 Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção;
4 Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas à situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções

diferentes quando nada mudou.
IV. Uso corporal:
1 Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade;
2 Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns;
3 Uso corporal moderadamente anormal: Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, auto-agressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés;
4 Uso corporal gravemente anormal: Movimentos intensos ou freqüentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal. Estes comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças a fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.
V. Uso de objetos:
1 Uso e interesse adequados por brinquedos e outros objetos: A criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada;
2 Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo);
3 Uso e interesse moderadamente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos, ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do brinquedo, tomar-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele;
4 Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior freqüência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.
VI. Resposta a mudanças:
1 Respostas à mudança adequadas à idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva;
2 Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais;
3 Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade e é difícil de distraí-la. Ela pode tomar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada;
4 Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tomar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva
VII. Resposta visual:

1 Resposta visual adequada: O comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade. A visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo;
2 Resposta visual levemente anormal: A criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos olhos;
3 Resposta visual moderadamente anormal: A criança deve ser lembrada freqüentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos;
4 Resposta visual gravemente anormal: A criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.
VIII. Resposta auditiva:
1 Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos;
2 Respostas auditivas levemente anormais: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons externos;
3 Respostas auditivas moderadamente anormais: As respostas da criança aos sons variam. Freqüentemente ignora o som nas primeiras vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano;
4 Respostas auditivas gravemente anormais: A criança reage exageradamente e/ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som
IX. Resposta e uso do paladar, olfato e tato:
1 Uso e resposta normais do paladar, olfato e tato: A criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando. Paladar ou olfato podem ser usados quando adequados. Ao reagir a pequenas dores do dia a dia, a criança expressa desconforto, mas não reage exageradamente;
2 Uso e resposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis. Pode ignorar ou ter reação levemente exagerada à uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto;
3 Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir demais ou muito pouco;
4 Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal dos objetos. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos leves.
X. Medo ou nervosismo:
1 Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade;

2 Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante;
3 Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação similar;
4 Medo ou nervosismo gravemente anormais: Medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos. É extremamente difícil acalmar ou confortar a criança. A criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.
XI. Comunicação verbal:
1 Comunicação verbal normal, adequada à idade e à situação;
2 Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente;
3 Comunicação verbal moderadamente anormal: A fala pode estar ausente. Quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma linguagem peculiar, tais
como jargão, ecolalia ou inversão pronominal. As peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular;
4 Comunicação verbal gravemente anormal: Fala significativa não é utilizada. A criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais ou bizarros, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso bizarro e persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases
XII. Comunicação não-verbal:
1 Uso normal da comunicação não-verbal adequado à idade e situação;
2 Uso da comunicação não-verbal levemente anormal: Uso imaturo da comunicação não-verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou esticar-se para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gesticular mais especificamente para indicar o que deseja;
3 Uso da comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros;
4 Uso da comunicação não-verbal gravemente anormal: A criança utiliza somente gestos bizarros ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento do significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.
XIII. Nível de atividade:
1 Nível de atividade normal para idade e circunstâncias: A criança não é nem mais nem menos ativa que uma criança normal da mesma idade em uma situação semelhante;
2 Nível de atividade levemente anormal: A criança pode tanto ser um pouco irrequieta quanto um pouco "preguiçosa", apresentando, algumas vezes, movimentos lentos. O nível de atividade da criança interfere apenas levemente no seu desempenho;

3 Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser bastante ativa e difícil de conter. Ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à noite. Por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se;
4 Nível de atividade gravemente anormal: A criança exhibe extremos de atividade ou inatividade e pode até mesmo mudar de um extremo ao outro.
XIV. Nível e consistência da resposta intelectual:
1 A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns;
2 Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas;
3 Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais;
4 Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.
XV. Impressões gerais:
1 Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo;
2 Autismo leve: A criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo;
3 Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo;
4 Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo.

ANEXO 2. AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS.

(Esta é uma versão traduzida do espanhol, conforme relatam Assumpção Jr, Kuczynski, Gabriel e Rocca (1999).

1. DIFICULDADE NA INTERAÇÃO SOCIAL - O desvio da sociabilidade pode oscilar entre formas leves como, por exemplo, um certo negativismo e a não aceitação do contato ocular, até formas mais graves, como um intenso isolamento.
1. Não sorri;
2. Ausência de aproximações espontâneas;
3. Não busca companhia;
4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo);
5. Evita pessoas;
6. É incapaz de manter um intercâmbio social;
7. Isolamento intenso.
II. MANIPULAÇÃO DO AMBIENTE - O problema da manipulação do ambiente

pode apresentar-se a nível mais ou menos grave, como, por exemplo, não responder às solicitações e manter-se indiferente ao ambiente. O fato mais comum é a manifestação brusca de crises de birra passageira, risos incontroláveis e sem motivo, tudo isso com o fim de conseguir ser o centro da atenção.

1. Não responde às solicitações;
2. Mudança repentina de humor;
3. Mantém-se indiferente, sem expressão;
4. Risos compulsivos;
5. Birra e raiva passageira;
6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar).

III. UTILIZAÇÃO DAS PESSOAS A SEU REDOR - A relação que mantém com o adulto quase nunca é interativa, dado que normalmente utiliza-se do adulto como o meio para conseguir o que deseja.

1. Utiliza-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que ele deseja;
2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (p.ex.: utiliza o adulto como apoio para pegar bolacha);
3. O adulto é o meio para suprir uma necessidade que não é capaz de realizar só (p.ex.: amarrar sapatos);
4. Se o adulto não responde as suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto.

IV. RESISTÊNCIA À MUDANÇA - A resistência à mudança pode variar da irritabilidade até a franca recusa.

1. Insistente em manter a rotina;
2. Grande dificuldade em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de lugar, de vestuário e na alimentação;
3. Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade.

V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA - Manifesta tendência a ordenar tudo, podendo chegar a uma conduta de ordem obsessiva, sem a qual não consegue desenvolver nenhuma atividade.

1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos;
2. Prende-se a uma ordenação espacial (Cada coisa sempre em seu lugar);
3. Prende-se a uma sequência temporal (Cada coisa em seu tempo);
4. Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (Cada pessoa sempre no lugar determinado).

VI. FALTA DE CONTATO VISUAL. OLHAR INDEFENIDO - A falta de contato pode variar desde um olhar estranho até o constante evitar dos estímulos visuais.

1. Desvia os olhares diretos, não olhando nos olhos;
2. Volta a cabeça ou o olhar quando é chamado (olhar para fora);
3. Expressão do olhar vazio e sem vida;
4. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente;
5. Fixa os objetos com uma olhada periférica, não central;

6. Dá a sensação de que não olha.
VII. MÍMICA INEXPRESSIVA - A inexpressividade mímica revela a carência da comunicação não verbal. Pode apresentar desde uma certa expressividade até uma ausência total de resposta.
1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada;
2. Não mostra uma reação antecipatória;
3. Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente;
4. Imobilidade facial.
VIII. DISTÚRBIOS DE SONO - Quando pequeno dorme muitas horas e, quando maior, dorme poucas horas, se comparado ao padrão esperado para a idade. Esta conduta pode ser constante, ou não.
1. Não quer ir dormir;
2. Se levanta muito cedo;
3. Sono irregular (em intervalos);
4. Troca ou dia pela noite;
5. Dorme muito poucas horas.
IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO - Pode ser quantitativa e/ou qualitativa. Pode incluir situações, desde aquela em que a criança deixa de se alimentar até aquela em que se opõe ativamente
1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre); 2. Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos);
3. Quando pequeno não mastigava;
4. Apresenta uma atividade ruminante;
5. Vômitos;
6. Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira;
7. Rituais (esfarela alimentos antes da ingestão);
8. Ausência da paladar (Falta de sensibilidade gustativa).
X. DIFICULDADE NO CONTROLE DOS ESFÍNCTERES - O controle dos esfíncteres pode existir, porém a sua utilização pode ser uma forma de manipular ou chamar a atenção do adulto
1. Medo de sentar-se no vaso sanitário;
2. Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto;
3. Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer;
4. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente.
XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR) - Analisa os objetos sensorialmente, requisitando mais os outros órgãos dos sentidos em detrimento da visão, porém sem uma finalidade específica
1. Morde e engole objetos não alimentares;
2. Chupa e coloca as coisas na boca;
3. Cheira tudo;
4. Apalpa tudo. Examina as superfícies com os dedos de uma maneira minuciosa.

XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS - Não utiliza os objetos de modo funcional, mas sim de uma forma bizarra

1. Ignora os objetos ou mostra um interesse momentâneo;
2. Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão;
3. Conduta atípica com os objetos (segura indiferentemente nas mãos ou gira);
4. Carrega insistentemente consigo determinado objeto;
5. Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo;
6. Coleciona objetos estranhos;
7. Utiliza os objetos de forma particular e inadequada.

XIII. FALTA DE ATENÇÃO - Dificuldades na fixação e concentração. Às vezes, fixa a atenção em suas próprias produções sonoras ou motoras, dando a sensação de que se encontra ausente

1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la;
2. Age como se fosse surdo;
3. Tempo de latência de resposta aumentado;
4. Entende as instruções com dificuldade (quando não lhe interessa, não as entende);
5. Resposta retardada;
6. Muitas vezes dá a sensação de ausência.

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM - Não tem nenhum interesse por aprender, buscando solução nos demais. Aprender representa um esforço de atenção e de intercâmbio pessoal, é uma ruptura em sua rotina

1. Não quer aprender;
2. Se cansa muito depressa, ainda que em atividade que goste;
3. Esquece rapidamente;
4. Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer;
5. Insiste constantemente em mudar de atividade.

XV. FALTA DE INICIATIVA - Busca constantemente a comodidade e espera que lhe dêem tudo pronto. Não realiza nenhuma atividade funcional por iniciativa própria

1. É incapaz de ter iniciativa própria;
2. Busca a comodidade;
3. Passividade falta de interesse;
4. Lentidão;
5. Prefere que outro faça o trabalho para ele.

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO - É uma característica fundamental do autismo, que pode variar desde um atraso de linguagem até formas mais severas, com uso exclusivo de fala particular e estranha

1. Mutismo;
2. Estereotípias vocais;
3. Entonação incorreta;
4. Ecolalia imediata e/ou retardada;
5. Repetição de palavras ou frases que podem ou não ter valor comunicativo;

6. Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente;
7. Não se comunica por gestos;
8. As interações com adulto não são nunca um diálogo.
XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS - Nunca manifesta tudo aquilo que é capaz de fazer ou agir, no que faz referência à seus conhecimentos e habilidades, dificultando a avaliação dos profissionais
1. Ainda que saiba fazer uma coisa, não a realiza, se não quiser;
2. Não demonstra o que sabe até que tenha uma necessidade primária ou um interesse eminentemente específico;
3. Aprende coisas, porém somente a demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas;
4. As vezes surpreende por suas habilidades inesperadas.
XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO - Manifesta desde o aborrecimento à reação de cólera, ante a frustração
1. Reações de desagrado caso seja esquecida alguma coisa;
2. Reações de desagrado caso seja interrompida alguma atividade que goste;
3. Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem;
4. Reações de birra.
XIX. NÃO ASSUME RESPONSABILIDADES - Por princípio, é incapaz de fazer-se responsável, necessitando de ordens sucessivas para realizar algo
1. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja;
2. Para chegar a fazer alguma coisa, há que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz.
XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE - A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não têm nenhuma finalidade
1. A criança está constantemente em movimento;
2. Mesmo estimulada, não se move;
3. Barulhento. Dá a sensação de que é obrigado a fazer ruído/barulho;
4. Vai de um lugar a outro, sem parar;
5. Fica pulando (saltando) no mesmo lugar;
6. Não se move nunca do lugar onde está sentado.
XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS - Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino
1. Balanceia-se;
2. Olha e brinca com as mãos e os dedos;
3. Tapa os olhos e as orelhas;
4. Dá pontapés;
5. Faz caretas e movimentos estranhos com a face;
6. Roda objetos ou sobre si mesmo;
7. Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrasta os pés, anda fazendo movimentos estranhos;

8. Torce o corpo, mantém uma postura desequilibrada, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo.
XXII. IGNORA O PERIGO - Expõe-se sem ter consciência do perigo
1. Não se dá conta do perigo;
2. Sobe em todos os lugares;
3. Parece insensível a dor.
XXIII.
APARECIMENTO ANTES DOS 36 MESES (DSM-IV)

ANEXO 3. AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST

01 Gira em torno de si por longo período de tempo
02 Aprende uma tarefa, mas esquece rapidamente
03 É raro atender estímulo não verbal social/ambiente (expressões, gestos, situações)
04 Ausência de resposta para solicitações verbais – venha cá, sente-se
05 Usa brinquedos inapropriadamente
06 Pobre uso da discriminação visual (fixa uma característica objeto)
07 Ausência de sorriso social
08 Uso inadequado de pronomes (eu por ele)
09 Insiste em manter certos objetos consigo
10 Parece não escutar (suspeita-se de perda de audição)
11 Fala monótona e sem ritmo
12 Balança-se por longos períodos de tempo
13 Não estende o braço para ser pego (nem o fez quando bebê)
14 Fortes reações frente à mudanças no ambiente
15 Ausência de atenção ao seu nome quando entre 2 outras crianças
16 Corre interrompendo com giros em torno de si, balanceio de mãos
17 Ausência de resposta para expressão facial/sentimentos de outros
18 Raramente usa “sim” ou “eu”
19 Possui habilidade numa área do desenvolvimento
20 Ausência de respostas a solicitação verbal envolvendo o uso de referenciais do espaço
21 Reação de sobressalto a som intenso (suspeita de surdez)
22 Balança as mãos
23 Intensos acessos de raiva e/ou freqüentes “chiliques”
24 Evita ativamente o contato visual
25 Resiste ao toque / ao ser pego / ao carinho
26 Não reage a estímulos dolorosos
27 Difícil e rígido no colo (ou quando foi bebê)
28 Flácido quando no colo
29 Aponta para indicar objeto desejado

30 Anda nas pontas dos pés
31 Machuca outros mordendo, batendo, etc
32 Repete a mesma frase muitas vezes
33 Ausência de imitação de brincadeiras de outras crianças
34 Ausência de reação ao piscar quando luz forte incide em seus olhos
35 Machuca-se mordendo ,batendo a cabeça, etc
36 Não espera para ser atendido (quer as coisas imediatamente)
37 Não aponta para mais que cinco objetos
38 Dificuldade de fazer amigos
39 Tapa a orelha para vários sons
40 Gira, bate objetos muitas vezes
41 Dificuldade para o treino de toalete
42 Usa de 0 a 5 palavras/dia para indicar necessidades e o que quer
43 Frequentemente muito ansioso ou medroso
44 Franze, cobre ou vira os olhos quando em presença de luz natural
45 Não se veste sem ajuda
46 Repete constantemente as mesmas palavras e/ou sons
47 "Olha através" das pessoas
48 Repete perguntas e frases ditas por outras pessoas
49 Frequentemente inconsciente dos perigos de situações e do ambiente
50 Prefere manipular e ocupar-se com objetos inanimados
51 Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente
52 Frequentemente não reage visualmente à presença de novas pessoas
53 Repete seqüências de comportamentos complicados (cobrir coisas, por exemplo)
54 Destrutivo com seus brinquedos e coisas da família
55 O atraso no desenvolvimento identificado antes dos 30 meses
56 Usa mais que 15 e menos que 30 frases diárias para comunicar-se
57 Olha fixamente o ambiente por longos períodos de tempo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
Centro de Ciências Humanas e Sociais- CCH
Escola de Educação - EE

MONOGRAFIA II

ALUNO(A)/matrícula: SUEL PORTO ALEGRE DE ALMEIDA DUARTE

TÍTULO DO TRABALHO MONOGRÁFICO: ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE
UMA CRIANÇA AUTISTA.

ORIENTADOR(A): ALINY LAMOGLIA DE CARVALHO

FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL

PRIMEIRO AVALIADOR

Professor convidado: Etienne Albreu

Nota : 10,0

Considerações:

O texto da aluna está muito bem organizado e estruturado, sendo claro e coerente sobre as questões que apresenta. A aluna apresentou questões relevantes sobre o tema "autismo infantil", fazendo um relato rico em detalhes e apontamentos.

DATA: 22 de dezembro de 2010

Assinatura: [Assinatura]

SEGUNDO AVALIADOR

Professor orientador: ALINY LAMOGLIA DE CARVALHO

Nota: 10,0

Considerações:

A aluna conseguiu fazer uma ótima articulação entre a prática exercida no Núcleo de Educação Inclusiva da UNIRIO e a Tese sobre Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, nomeadamente, a síndrome do autismo infantil.

É possível antever em seu trabalho a realidade observada com a criança que participou do estudo.

Data: Rio de Janeiro, 22/12/2010 Assinatura: Aliny Lamoglia

RESULTADO FINAL

Avaliador 1	Avaliador 2	Média final
10.0 (dez)	10.0 (dez)	10.0 (dez)

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2010.

Aliny Lamoglia
Prof. Orientador