



## Autismo: Importância da Detecção e Intervenção Precoces

ALMEDA, Caroline Martins de [\[1\]](#)

ALBUQUERQUE, Karine [\[2\]](#)

ALMEDA, Caroline Martins de; ALBUQUERQUE, Karine. **Autismo: Importância da Detecção e Intervenção Precoces**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 02, Vol. 01. pp 488-502, Abril de 2017. ISSN:2448-0959

### RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar a contextualização histórica e caracterização do Transtorno do Espectro Autista e a importância da detecção precoce e consequente intervenção para que seja atingido um grau viável de interação deste indivíduo com o meio onde vive. Utilizou-se a pesquisa bibliográfica e análise de estudos previamente documentados que levaram à conclusão de que são necessários o diagnóstico e a intervenção precoces para que o indivíduo autista consiga levar uma vida o mais autônoma e funcional possível, de acordo com a intensidade de seu transtorno. Foi apresentada a legislação que tornou o autista detentor de todos os direitos de pessoas com deficiências levando à obrigatoriedade do Estado de oferecer ao indivíduo mecanismos de tratamento, terapias e pessoal qualificado que possa prover seu desenvolvimento pessoal. Com a comprovação da característica comportamental do transtorno e seus déficits de sociabilidade, alimentação, sono, sensorial e aprendizagem, foi possível verificar que a atuação de profissionais, família e pares contribui de forma significativa para que pessoas acometidas do Transtorno do Espectro Autista possam conviver em ambientes comuns desde que tenham o devido treinamento e adequação das habilidades que ainda são possíveis em seu quadro médico e social.

**Palavras-Chave:** Autismo, Educação Especial, Intervenção.

### INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal e com a Lei de Diretrizes e Bases, vigentes em nosso país, é clara

a obrigatoriedade da frequência escolar de todo menor, incluindo aqueles com transtornos, deficiências e/ou altas habilidades, e estes, devido às políticas públicas de inclusão, devem ser incluídos em escolas comuns. Trata-se de um processo de inclusão que vem sendo implantado gradativamente nas redes de ensino e que precisa, através do Atendimento Educacional Especializado (AEE), do apoio do profissional habilitado para que haja a inclusão de direito e de fato dos alunos que possuem necessidades especiais.

Nos indivíduos caracterizados acima, que precisam do Atendimento Educacional Especializado, percebeu-se que alunos identificados com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) não tinham garantia ao acompanhamento especializado, perdendo conseqüentemente o direito à aprendizagem e à inserção em ambientes escolares comuns. São indivíduos com características peculiares, apresentadas desde muito pequenos, cujos sintomas justificam, na maioria das vezes, o apoio de alguém especializado que possa lhes orientar pedagogicamente e/ou possibilitar sua segurança física e mental em ambientes escolares e afins.

Com a promulgação da Lei nº 12.764 em 2012, que institui a "Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista", tais pessoas foram então, consideradas oficialmente detentoras do direito a todas as políticas de inclusão do país.

De posse destas informações, apresentamos ao leitor a importância do diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista para que, desde a mais tenra idade, haja a devida intervenção no indivíduo com o referido transtorno e conseqüentemente haja a busca pela melhor convivência possível entre o aluno, a sociedade e os conteúdos programáticos oferecidos em fase escolar.

## **1. HISTÓRICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

Transtorno do Espectro Autista (TEA), também conhecido como Autismo, é o nome dado a um transtorno descrito pela primeira vez em 1911, pelo psiquiatra Eugen Bleuler, em artigo intitulado "Demência precoce e o grupo das esquizofrenias". Ele observou um grupo com características extremas de esquizofrenia que apresentava, além de suas características clínicas, psicológicas e nuances diversas, um comportamento muito introvertido que impedia o indivíduo de ter um relacionamento social. Os pacientes viviam num mundo a parte e por esta característica, levaram Bleuler a denominar o quadro como Autismo – que vivem para si mesmos, dentro de um mundo próprio.

Num primeiro momento Bleuler (1911) descreveu a esquizofrenia como um transtorno dividido em quatro tipos clínicos (os 4 As de Bleuler) identificados como: associação, afeto embotado, ambivalência e autismo. Esse último tipo, na época, como o extremo da esquizofrenia. Ele chamava de autismo ao desligamento da realidade combinado com a predominância relativa ou absoluta da vida interior. De acordo com ele, para os doentes, o mundo autístico era tão verdadeiro como o mundo real, ainda que por

vezes em outra realidade.

Quando comparada às definições atuais de autismo, a definição do transtorno que foi usada por Bleuler naquela época, apresenta um conceito muito radical de pacientes que viviam uma situação de total ausência do mundo real. Ainda não havia nenhum estudo sobre o quadro autista que conhecemos hoje e o conceito de Espectro, usado atualmente, sequer fora proposto para tal diagnóstico. Tratava-se de uma condição de introjeção para o mundo interno do indivíduo onde ele não conseguia enxergar para fora e olhava somente para dentro, criando uma situação de fissura entre a realidade interna e externa. Via-se o autismo como um quadro extremamente deteriorado da esquizofrenia, com a ausência da personalidade própria do indivíduo.

A partir do interesse e dos estudos realizados a respeito deste tema, aconteceu uma evolução do conceito do transtorno iniciada por Kanner (1943) com a publicação de artigo científico que fez uma descrição sistemática sobre autismo e deu ao transtorno o nome de Distúrbio Autístico do Contato Afetivo. O estudo foi feito em crianças de 5 a 11 anos que apresentavam características clínicas compostas atualmente pelos quadros autísticos mais graves. Elas não tinham postura nem reciprocidade para serem pegadas, não conseguiam ficar acomodadas, apresentavam um desejo pelo isolamento e preservação da mesmice em suas atitudes, tinham preferência por relacionamento com objetos a pessoas, de forma obsessiva, e geralmente estabeleciam relacionamentos apenas temporários com o contexto e com indivíduos afetivamente ligados.

No ano seguinte, Asperger (1944) descreveu quadros mais leves de autismo, com predomínio masculino e com históricos familiares precedentes. Utilizou inclusive a expressão – psicopatia autística – como se existisse um perfil comum de personalidade que tinha como característica a tendência ao isolamento social. Em seu estudo os indivíduos acometidos por este transtorno tinham QI's de normal a elevado, sem deficiência intelectual e tinham uma linguagem próxima do normal, apesar da mecanicidade. Eram pobres em empatia, intelectualizavam emoções sem saber expor o que sentiam e apresentavam falta de coordenação motora.

As pesquisas foram se acumulando e nos anos 60 artigos descreviam o autismo como um transtorno de natureza mais precoce, com início antes dos 30 meses, e demonstravam que na verdade não era uma questão estritamente emocional. Rutter (1978) descrevia o autismo como um atraso e desvio social com consequentes problemas de comunicação, estereotípias e maneirismos. Teve seu estudo reconhecido pela comunidade científica no final dos anos 80 com os chamados Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), quando apresentou as bases para os critérios diagnósticos do Autismo no DSM-III (Manual de Distúrbios Mentais-III). Asperger (1944), assim como Rutter, teve seus estudos reconhecidos tardiamente, nos anos 90, quando viu representadas no DSM-IV as características da Síndrome de Asperger. Seus trabalhos, junto com os de Van Krevelen (1971), impulsionaram os estudos de Lorna

Wing (1981) na busca por diferenciar Autismo de Síndrome de Asperger e para descrever os perfis de correlação genética através de indivíduos com diferentes graus de autismo dentro de uma mesma família.

Em 1994, baseada no tripé - deficiência de interação social, déficit de comunicação e comportamentos repetitivos e restritos – classifica os vários tipos de autismo em: Autismo clássico, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett [3], Transtorno Desintegrativo da Infância [4] e Transtornos Invasivos de Desenvolvimento Sem Outras Especificações (TID-SOE) [5]. A partir do DSM-V(2013) o autismo passa a ser descrito como Transtorno do Espectro Autista (TEA) - um transtorno espectral, dimensional, em que os seus sintomas podem estar presentes em quaisquer condições, em qualquer pessoa, em quadros leves ou moderados. A Síndrome de Rett foi retirada e a Síndrome de Asperger foi redimensionada como um Transtorno do Espectro Autista leve.

O autismo passa a ser determinado como um transtorno que pode estar de forma espectral permeando e também presente em outros transtornos de desenvolvimento e neuropsiquiátricos, ter intensidade leve, moderada e severa, com alterações de sensibilidade que realçam problemas perceptivos e sensitivos (que até então não haviam sido realçados) e passa a ter pontuada a importância da participação de relatos de outros cuidadores no processo diagnóstico para rastrear de forma mais sensível e específica possíveis detalhes que levam à detecção precoce do transtorno.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

A divisão do Autismo feita atualmente, dentro do DSM-V(2013), apresenta-se em forma de espectro e o paciente é classificado de acordo com a intensidade. Pode ser leve, moderada ou severa e visa orientar os profissionais ligados aos indivíduos sobre as intervenções que serão mais apropriadas para aquele caso, especificamente.

Indivíduos classificados no nível leve do TEA requerem suporte espontâneo e apresentam dificuldade de comunicação, falta de interação e reduzida vontade de se socializar, além de leve fixação nos seus interesses restritos. Os classificados em nível moderado requerem substancial suporte já que possuem acentuada dificuldade em comunicação verbal e não verbal, necessitam de ajuda para interagir e responder ao ambiente e apresentam muita frustração ao mudar de contextos habituais. Os de classificação severa requerem intenso e substancial suporte devido ao severo déficit de comunicação, interação muito limitada e grave reação às mudanças com consequente auto-mutilação.

O autista clássico apresenta, em sua interação social, muita dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, a expressão facial, os gestos e a postura corporal para lidar com outros indivíduos. Tem dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo, não busca nem oferece conforto ou

afeição por outras pessoas em caso de tensão ou ansiedade e não compartilha sua satisfação com relação ao sentimento de prazer ou felicidade, levando-o com isso a não possuir reciprocidade social nem emocional. Na comunicação percebe-se a ausência de uso social de habilidades de linguagem, a diminuição de ações imaginativas e de imitação social, uma pequena sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos, pequena flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais, além da ausência de resposta emocional a ações verbais e não verbais de outras pessoas. Os indivíduos têm padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, apego específico a objetos incomuns, fidelidade compulsiva a rotinas ou rituais sem sentido funcional, hábitos motores estereotipados e repetitivos, obsessão por elementos sem função ou itens parciais do material de recreação e uma ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes, sem função relacionada com o ambiente.

Os transtornos alimentares, característicos do autista, corroboram para o reforço do comportamento antissocial inadequado e contribuem para o atraso da linguagem e funções simbólicas desempenhadas pela boca. A dependência e fobia alimentares, o excesso de recusas e principalmente os efeitos secundários decorrentes do estado nutricional causado pelas hipovitaminoses e hipercolesterolemia levam ao ganho ou perda significativa de peso e o conseqüente desenvolvimento de doenças nutricionais e metabólicas. (CARVALHO, 2012)

A irregularidade do sono, comum no TEA, leva a um impacto significativo na qualidade de vida da criança e de sua família, visto que o perfil qualitativo e quantitativo do sono de crianças com TEA é diferente das crianças neurotípicas. Tal quadro leva a um maior nível de estresse e ansiedade e conseqüentemente, intensifica os sintomas-alvo do TEA com a redução da capacidade cognitiva e adaptabilidade funcional, maior irritabilidade e a piora dos casos onde existe a deficiência intelectual associada.

Existem aspectos significativos em relação aos problemas sensoriais, quando não detectados precocemente, que levam o indivíduo a não sair de casa para socializar e restringem, conseqüentemente, pais e educadores. A falta de terapias específicas para evolução do quadro do indivíduo intensifica e desencadeia crises de agressividade e choro, contribui para o comportamento fóbico e também pode gerar problemas alimentares e nutricionais. (GOMES, 2014)

Dentro da caracterização do TEA, finalmente, mas não menos importante, apresentam-se os distúrbios de aprendizagem, que contribuem consideravelmente para o comportamento estereotipado do indivíduo. Sua condição neurodesenvolvimental, em geral, o impede de aprender e de se apropriar adequadamente do conhecimento acadêmico. (BRITES, 2015). Muitos apresentam uma grande capacidade de decorar e tem um nível de inteligência superior a de seus pares, mas apresentam baixo rendimento escolar, o que é bem típico do transtorno. Essa diferença, quando não tratada, persiste de uma série para a outra, leva a

problemas emocionais e conseqüentemente à inadequação ao ambiente escolar.

### **3. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES PRECOSES EM PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Para diagnóstico do TEA (Transtorno do Espectro Autista) é importante que haja a interdisciplinaridade dos profissionais que acompanham a criança desde o nascimento. O pré-natal de uma criança já é considerado parte deste processo visto que, de acordo com literatura médica, não existem exames físicos que diagnostiquem o TEA, mas existem informações genéticas e comportamentais dos pais que podem ser um indicador de maior probabilidade da existência do transtorno em determinado indivíduo.

De acordo com Riesgo (2015) como o TEA é um transtorno de comportamento, utilizam-se escalas diagnósticas de padrão ouro [6], aplicadas por profissionais da área de saúde, educadores e acompanhantes de indivíduos com suspeita do transtorno, para que se faça o diagnóstico. A presença de transtornos do desenvolvimento (TDAH, TEA, TDC, TA) [7], encefalopatias crônicas, paralisia cerebral, síndromes genéticas, história ou ambiente de desnutrição e carência afetiva, drogadição materna e doenças epilépticas, podem ajudar no diagnóstico pois tem possibilidade de associação com o TEA. (BRITES, 2015)

Além das escalas diagnósticas, utilizadas para identificação do transtorno, existem exames complementares de caráter clínico que são utilizados como complementação das terapias envolvidas. Através de exames como o eletroencefalograma (EEG), a dosagem de neurotransmissores no sangue e líquido, os exames eletrofisiológicos, a ressonância magnética de crânio e os exames genéticos pode-se investigar traços ou evidências neurobiológicas no TEA, fazer a explicação de fenômenos sintomáticos, como as epilepsias, por exemplo, e conseqüentemente fazer um direcionamento mais adequado de terapias. Em certos casos, além de terapias de comportamento, fazer uso de medicações também pode ajudar na convivência em comum com outras pessoas.

Buscar a convivência de indivíduos autistas com indivíduos neurotípicos é importante e vem daí a necessidade de tratá-lo de forma a conseguir um comportamento viável em comunidade. Apesar de existirem indivíduos com sintomas extremos, que precisem de terapias intensivas e a sós, na maioria das vezes é mais importante que haja a frequência em ambientes comuns como família, escola, parques e afins, com o devido contato com seus pares. Para Rossana Ramos (2010) o que faz o deficiente se desenvolver é a interação com pares diferentes dele. A criança aprende por imitação e colocá-la em um lugar em que só há pessoas com o mesmo problema não contribui para sua melhoria. De acordo com Brites (2015), o comportamento autístico não tende a piorar, mas a estabilizar ou melhorar, quando se faz uso de terapias associadas.

O Transtorno do Espectro Autista tem por característica o comprometimento no desenvolvimento adaptativo e social do indivíduo e quando não diagnosticado precocemente, limita seriamente seu funcionamento diário ao longo da vida, pois limita a aprendizagem do indivíduo num período onde o cérebro encontra-se mais permeável para se apropriar de estímulos. As crianças com TEA perdem etapas essenciais de seus primeiros anos de vida com o prejuízo da aquisição de pré-requisitos essenciais.

Toda etapa dá a criança o suporte para prepará-la para a etapa seguinte. Se o autista não o desenvolve no período correto, perde a oportunidade de aprendê-lo e isso pode ser deletério para o momento seguinte desta idade. A fala, que é um dos pré-requisitos básicos para socialização, aprendizagem da leitura e da escrita, quando não adquirida no período correto, leva o indivíduo a não interagir de forma oral com outras crianças.

O cérebro se apropria de determinados estímulos com menor idade, e geralmente não alcança seus melhores resultados quando estimulado tardiamente. Quando feito em período correto pode-se propor uma intervenção e uso de medicação que visam atingir resultados os mais desenvolvidos possíveis para cada caso.

Identificar na criança, de acordo com as etapas de aprendizagem, as deficiências cognitivas, permite que haja a intervenção sem que a idade avance e conseqüentemente, sem que a criança deixe de ter o devido atendimento.

O Transtorno do Espectro Autista não tem cura, desafia a todos os profissionais envolvidos e na literatura médica ainda não surgiram casos em que o quadro autístico tenha desaparecido. É importante deixar claro que para que a pessoa consiga ter um nível de convivência e autonomia satisfatórios, no decorrer de sua vida, deve-se trabalhar e modificar o máximo possível os déficits apresentados utilizando-se de métodos comprovados e eficazes.

Trata-se de um transtorno crônico, associado a problemas genéticos, com causa neurobiológica, alterações nítidas no cérebro e muito influenciado por situações ambientais que fogem de nosso controle. Não existe um sistema de intervenção sócio biológico ideal, mas já é clara a forma multidisciplinar com a qual precisa ser tratado.

Existem patamares de terapias que se encontram comprovados, outros estão em fase de comprovação, mas principalmente, existem terapias que são utilizadas por pais e profissionais, que tem excelentes resultados junto aos indivíduos e foram descobertas em períodos em que o Estado não dava às famílias o devido apoio. São fontes de informação que devem ser respeitadas e verificadas sem o preconceito dos profissionais que se encontram debruçados sobre as pesquisas para descoberta e tratamento do referido transtorno.

De acordo com o National Research Council [8] (2013) existe a necessidade de sistematicamente, entre os 18 e 24 meses de vida, passar todas as crianças por uma rotina investigativa direcionada para o autismo sem o intuito de induzir o diagnóstico. A intenção é fazer com que os profissionais da saúde envolvidos com os indivíduos na primeira infância façam uma varredura nas possibilidades de encontrar o transtorno e possam, com isso, iniciar um processo de intervenção célere e precoce.

A partir da possibilidade detectada aplicam-se as escalas de triagem, como M-CHAT e a ATA, por exemplo, e naqueles com suspeição do transtorno aplicam-se as escalas diagnósticas e de avaliação social e adaptativa com padrão ouro, como a CARS, ADOS e a ADI-R. Nos indivíduos acometidos pelo transtorno, deve-se então fazer uma análise do quadro neuropsicológico e de linguagem para que sejam identificados quadros biológicos que possam ser tratados e uma análise das habilidades neurológicas e cognitivas, que é de suma importância em casos de deficiências intelectuais associadas. Esse impacto no prognóstico leva a uma abordagem mais ampla, visto que autistas com tais deficiências têm maiores restrições e dificuldade em absorver as intervenções.

A avaliação da linguagem, que também faz parte do prognóstico do indivíduo com autismo, leva à detecção de problemas na estrutura da linguagem comunicativa da criança, que é direcionada para os processos de interação social, e permite delinear quais devem ser as intervenções utilizadas na terapia deste indivíduo.

A partir do diagnóstico definitivo é necessário então se preocupar com os sintomas alvo, os distúrbios senso-perceptivos, o nível e aspectos da linguagem e as comorbidades, que são os quatro principais eixos de intervenção. São traçados planos que devem ser avaliados frequentemente para que seja verificada a evolução das capacidades.

Para os sintomas alvo faz-se um tratamento farmacológico, psicossocial, comportamental e educativo visando reduzi-los ou modificá-los. Para os distúrbios senso-perceptivos trabalham-se as hipersensibilidades auditivas, as hiposensibilidades à dor, as dificuldades de percepção de estímulos do ambiente, gustativos, olfativos, táteis e visuais. Nos aspectos da linguagem fazem-se intervenções linguísticas que visam melhorar a capacidade da criança de se comunicar, se expressar e de se tornar autônoma. E finalmente as intervenções referentes às comorbidades, que influenciam o contato do indivíduo que as possui com o ambiente no qual ele está inserido. São a hiperatividade, os déficits de atenção, os quadros opostos desafiadores, as epilepsias, enurese [9], encoprese [10] e demais condições que não são inerentes ao autismo em si, mas encontram-se associadas aos quadros de TEA em até 70% dos casos. (BRITES, 2015)

Dentro do eixo não farmacológico de estratégias para intervenção do TEA existem as abordagens comportamentais, as desenvolvimentais e as educacionais. Cada autista tem uma estratégia diferenciada

para seu caso específico. Pode-se unificar a ideia de que os principais objetivos das intervenções utilizadas junto aos indivíduos acometidos pelo transtorno são a busca pela comunicação espontânea e funcional, o cumprimento de instruções sociais em contextos diferentes, a interação com consequente capacitação de compartilhar, a generalização de atitudes em diferentes contextos e o desenvolvimento comportamental positivo em momentos de instabilidade emocional ou mudança de rotinas.

Para um padrão ótimo de intervenção, de acordo com Brentani e seus colaboradores (2013), é necessário intervir de maneira mais precoce possível (de 0 a 5 anos), 5 dias por semana por 5 horas diárias com avaliação de evolução a cada 3 meses e consequente modificação de estratégias em caso negativo das respostas terapêuticas. Apesar de parecer uma sobrecarga para o indivíduo, só é possível uma mudança de comportamento a partir de treinamentos frequentes e em idade precoce visto que o não desenvolvimento de habilidades comunicacionais e adaptativas em fases reais de aprendizagem leva o indivíduo a um padrão restritivo de convivência que influencia toda sua vida.

A intervenção precoce leva à redução precoce de danos, à proteção do funcionamento intelectual e promoção da adaptação, consequente melhoria da qualidade de vida, o direcionamento das competências do indivíduo para sua autonomia e à diminuição da angústia da família. Apesar de existirem indivíduos autistas com inteligência avançada e às vezes até superior a de seus pares, o autismo impede que essa característica apareça em meio às características restritivas do transtorno.

De acordo com Eliane Marinho e Vânia Merkle (2009), baseadas nessas informações, atualmente os métodos de aprendizagem mais utilizados são: ABA – análise aplicada do comportamento; PECS – sistema de comunicação através de trocas e figuras e TEACCH – programa de aprendizado individualizado.

O método ABA é um tratamento comportamental indutivo que tem por objetivo ensinar a criança habilidades que ela não possui, por etapas. Em geral são ensinadas em planos individuais, associadas a uma indicação ou instrução, e levam a criança autista a trabalhar de forma positiva. A crítica, de acordo com Mello, é que:

[...] o método ABA recebe como crítica a de supostamente robotizar as crianças, o que nos parece correto, já que a ideia é interferir precocemente o máximo possível, para promover o desenvolvimento da criança, de forma que ela pode ser maximamente independente possível. (MELLO, 2001, p.21)

A esse método junta-se o uso funcional de figuras de comunicação conhecido por PECS, desenvolvido com o intuito de ajudar crianças e adultos autistas e com outros distúrbios de desenvolvimento a adquirir capacidade de comunicação. Trata-se de um método simples, de baixo custo e que apresenta resultados inquestionáveis quando bem implantado. Utiliza cartões com figuras, para crianças que não falam e

ajudam na organização da linguagem verbal para aquelas que falam e não tem essa organização.

O método TEACCH, segundo Cornelsen (2007), é uma intervenção bastante utilizada em todo o mundo e usa uma avaliação chamada PEP-R [11], para avaliar a criança. Trata-se, como afirmam Gomes e Silva, de um programa de aprendizado individualizado:

Neste método a programação individual de cada aluno é uma das ferramentas essenciais, pois possibilita o entendimento do que está ocorrendo, propicia confiança e segurança. As dificuldades de generalização indicam a necessidade de rotina clara e previsível. Indica visualmente ao estudante quais tarefas serão realizadas, além de instrumento de apoio para ensinar o que vem antes, o que acontece depois, proporcionando o planejamento de ações e seu encadeamento numa sequência de trabalhos. (GOMES E SILVA, 2007, p.3)

De acordo com Nilson (2004, p.52-53), como o autista apresenta um pensamento literal concreto, visual e fragmentado, ocorre em seu processo de aprendizado um estímulo sensorial por vez, enquanto em uma criança neurotípica ocorre a coordenação de todas as modalidades sensoriais. “Pessoas com autismo pensam de sua própria maneira associativa, e isto torna difícil de manter uma conversação, mesmo quando eles têm a habilidade de usar a linguagem”. Os métodos educacionais citados anteriormente (ABA, PECS, TEACCH), por serem de cunho visual, são de fundamental importância para a aprendizagem do autista, já que para o mesmo, o pensamento é fragmentado e pautado na previsibilidade. Estes métodos levam ao autista as informações de forma compreensível, na ordem em que devem ser exercidas e onde devem ocorrer. Permitem também que possam ser adaptadas de acordo com a realidade e particularidade de cada indivíduo, devido a sua fácil capacidade de adaptação.

De acordo com os estudos de Nunes (2004), por não conseguirem na maioria das vezes, desenvolver uma linguagem verbal adequada, os autistas inserem-se em um grupo de linguagem alternativa que proporciona à eles meios de expressão e de compreensão da linguagem oral. Sugere-se então, de acordo com Amy (2001), uma educação voltada para a percepção e imitação da motricidade, apoiada na união de métodos eficazes e voltada para o desenvolvimento e socialização do aluno autista.

[...] a esperança e decepção são partes permanentes de um trabalho cujos resultados se medem ao microscópio, em que a noção de tempo se congela em um universo estático e fechado, e em que, dia após dia, o mesmo cerimonial se repete com seus rituais e suas estereotípias. (AMY, 2001, p.19)

O resultado do esforço conseguido a partir da descoberta e da intervenção precoces, apesar dos trabalhos contínuos e árduos, há de ser esperado de forma prudente e geralmente não é a nosso tempo. Os profissionais envolvidos nas terapias indicadas para cada aluno buscam atravessar a barreira da falta de interação, na qual vive o indivíduo autista, e trazê-lo para perto do mundo real no qual estamos inseridos

em nosso dia-a-dia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar, a partir da pesquisa bibliográfica que embasou este artigo, que apesar de o Transtorno do Espectro Autista apresentar um empecilho para que o indivíduo desenvolva sua sociabilidade e seu processo de aprendizagem, quando detectado precocemente e tratado com as devidas terapias psicológicas e medicamentosas é possível observar um desenvolvimento cadenciado que leva o indivíduo a conseguir relacionar-se com outras pessoas da forma mais adaptada possível, de acordo com o nível de seu transtorno.

Tratar o indivíduo com Transtorno do Espectro Autista como um incapaz é uma característica de quem é incapaz de tratá-lo, visto que, quando trabalhado de forma ideal é possível ao autista levar uma vida autônoma, segura e socialmente viável.

O mais importante é que a detecção seja feita em tempo hábil, precocemente, para que as terapias sejam aplicadas em fases viáveis de aprendizagem e as características básicas de convivência não sejam perdidas no decorrer da vida do indivíduo. Família, médicos, terapeutas, cuidadores, facilitadores pedagógicos e professores devem estar atentos ao comportamento e devem agir de forma positiva no que diz respeito ao treinamento oferecido ao indivíduo para que ele possa reproduzi-lo posteriormente e consiga estar adaptado ao ambiente em que se encontra inserido.

São indivíduos relativamente capazes, aprendizes como os neurotípicos, mas que precisam de certa atenção no direcionamento do processo de aprendizagem. Se for levado em consideração que todo indivíduo deve ser tratado com um ser em si, o indivíduo com autismo também deve ser tratado como tal e conseqüentemente, deve ter suas limitações vencidas através de trabalhos específicos para aquelas dificuldades. No caso de um transtorno mais agressivo é possível reduzir comportamentos estereotipados e maneirismos e principalmente, levar o indivíduo a ter condições de expressar suas vontades para que possa ser o mais realizado possível em sua jornada.

O tempo e a dedicação dos profissionais envolvidos, além do próprio indivíduo, obviamente, são as variáveis mais importantes em sua aprendizagem e superação. É de suma importância que haja a divulgação de trabalhos como este, que abordam conceitos e característica do autismo e levam aos educadores e à sociedade os conhecimentos sobre este transtorno, possibilitando com isso o acolhimento e compreensão do autista.

Fica como sugestão, para dar continuidade ao estudo, que sejam feitas pesquisas sobre a comprovação da necessidade de um acompanhamento orientado para indivíduos com TEA para que estes consigam atingir

o máximo de sua aprendizagem. Ter o acompanhamento de profissionais sem a devida capacitação para tal pode representar um atraso para o processo cognitivo do aluno autista.

## REFERÊNCIAS

AMY, Marie Dominique. **Enfrentando o autismo: a criança autista seus pais e a relação terapêutica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BLEULER, Eugen. **Demência precoce e o grupo das esquizofrenias**. 1911 [http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n1/bleur\\_e\\_a\\_invencao\\_da\\_esquizofrenia.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n1/bleur_e_a_invencao_da_esquizofrenia.pdf) (acesso em 17/04/16)

BRITES, Dr. Clay. **Transtorno do Espectro Autista: Avaliação, diagnóstico e intervenção**. <http://cursotea.neurosaber.com.br/area-de-membros-curso-tea/> (Acesso em 01/10/15)

CARPENTER, Laura. **Critérios diagnósticos do DSM-5 para os Transtornos do Espectro Autista**. 2013. [https://depts.washington.edu/dbpeds/Screening%20Tools/DSM-5 \(ASD.Guidelines\) Feb2013. pdf](https://depts.washington.edu/dbpeds/Screening%20Tools/DSM-5%20(ASD.Guidelines)Feb2013.pdf). (Acesso em 18/12/15)

CARVALHO, J A; SANTOS, C S; CARVALHO, M P. SOUZA, L S. **Nutrição e autismo: considerações sobre a alimentação do autista**. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.5, n.1, Pub.1, Janeiro 2012. <http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/51/1.pdf>. (Acesso 02/12/15).

**Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID 10** <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> (Acesso em 15/02/16)

Gannam, Silmar de Souza Abu. **Percepção de pais e professores do desenvolvimento de crianças de três a seis anos comparada com o Teste de Denver II**. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 135p.

GOMES, Alice Neves; SILVA, Claudete Barbosa da. **Software Educativo para crianças autistas de nível severo**. In: 4º Congresso Internacional de Pesquisas em Design, 2007, Rio de Janeiro. Disponível em: [www.designemartigos.com.br/software-educativo-para-criancas-autistas](http://www.designemartigos.com.br/software-educativo-para-criancas-autistas) (Acesso em 15/12/15)

GOMES, Ubyrajara Nery Graça. **Desordem do Processamento Sensorial (DPS) em Crianças com Desordem do Espectro do Autismo (DEA): Abordagem das Técnicas de Integração Sensorial**. 2014. (Acesso em 02/01/16)

GONÇALVES, Paula Pais. **O autismo e a aprendizagem escolar**. 2013. Artigo. <http://www.pedagogia.com.br/artigos/autismo/> (Acesso em 26/12/15)

**Inclusão de autistas: Um direito que agora é lei**. <http://revistaescola.abril.com.br/formacao/inclusao-autistas-direito-agora-lei-732658.shtml> (Acesso em 19/01/16)

Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases**. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm) (Acesso em 19/01/16)

Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12764-27-dezembro-2012-774838-publicacaooriginal-138466-pl.html> (Acesso em 19/01/16)

MARINHO, Eliane A.R.; MERKLE, Vania Lucia B. **Um olhar sobre o autismo e sua especificação**. 2009. Artigo.

MELLO, Ana Maria S. Ros. **Autismo: guia prático**. 2 ed. São Paulo: Corde, 2001.

NILSON, Inger. **Introdução a educação especial para pessoas com transtornos de espectro autístico e dificuldades semelhantes de aprendizagem**. 2004. In: Congresso Nacional sobre a Síndrome de Autismo. <http://www.ama.org.br/site/centro-de-conhecimento/artigos.html> (Acesso em 27/02/2016)

NUNES, Leila Regina D'Oliveira de Paula. **Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais**. Rio de Janeiro: Dunya, 2004.

RAMOS, Rossana. **Inclusão na prática: estratégias eficazes para a educação inclusiva**. 1 ed. Brasil: Summus, 2010. 128p

RIESGO, Rudimar; ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILLER, Lygia. **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. 2 ed. Brasil: Artmed, 2015. 512p.

[1] Bacharel em Administração de Empresas, Licenciada em Pedagogia com atuação administrativo-financeira junto a instituições de ensino de nível básico a universitário e organização administrativo-pedagógica do AEE-Atendimento Educacional Especializado, junto a instituições de ensino estaduais.

[2] Orientadora do artigo científico apresentado para aquisição do grau de especialista em Educação Especial. Mestre em Letras. Professora Universitária.

[3] Quadro com características autísticas e ao mesmo tempo degenerativas, levando a alterações ortopédicas, motoras, quadros par éticos, dificuldade de deglutição;

[4] Quadros autísticos mais tardios que surgem aos 4/5 anos de idade geralmente depois de quadros epiléticos ou depois de uma condição neurológica epilética precoce;

[5] Quadros autísticos que tem uma definição clínica e características muito esparsas, ora leves, ora intensas em alguns momentos e que ficaram sem classificação.

[6] CARS.Childhoods Autism Rating Scale, ADOS.Autism Diagnostic Observations Shedule, ADI-R.Autism Diagnostic Interview Revised, ATA-Avaliação de Traços Autísticos, M.CHAT- Modified Checklist for Autism in Toddlers, ASQ- Autism Screening Questionaire, QNST- Quick Neurology Screening Test)

[7] Transtorno do Déficit da Atenção e Hiperatividade, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, Transtorno de Ansiedade;

[8] National Reearch Council - Conselho americano responsável por transformar pesquisas com embasamento científico e experiência consolidada em políticas públicas orientadas para o público para o qual a pesquisa está sendo desenvolvida;

[9] Urinar na cama;

[10] Evacuação em locais e horários inadequados como na cama e na roupa, por exemplo;

[11] Perfil Psicoeducacional Revisado - é um instrumento de medida da idade de desenvolvimento de crianças com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação. Tal instrumento surgiu em função da necessidade de se identificar padrões irregulares de aprendizagem, visando a subsequente elaboração do planejamento psicoeducacional, segundo os princípios do Modelo TEACCH.

-----  
REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO CONHECIMENTO

NC: 8337 - ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/autismo>

[www.nucleodoconhecimento.com.br](http://www.nucleodoconhecimento.com.br)