

Desenvolvimento psicológico e educação

3.

Transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais

2ª edição

César COLL
Álvaro MARCHESI
Jesús PALACIOS
& colaboradores

Tradução:
Fátima Murad

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Claudio Roberto Baptista
*Psicólogo. Doutor em Educação pela Università degli Studi di Bologna.
Professor Adjunto no Departamento de Estudos Básicos e
no PPG em Educação da UFRGS.*

Versão impressa
desta obra: 2004



2007

O autismo e os transtornos globais do desenvolvimento

ÁNGEL RIVIÈRE

A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO EDUCATIVA AOS ALUNOS COM AUTISMO E TRANSTORNOS PROFUNDOS DO DESENVOLVIMENTO

Desde sua definição por Kanner, em 1943, o autismo apresentou-se como um mundo distante, estranho e cheio de enigmas. Os enigmas referem-se, por um lado, ao próprio conceito de autismo e às causas, às explicações e às soluções para esse trágico desvio do desenvolvimento humano normal. Apesar da enorme quantidade de pesquisas realizadas durante mais de meio século, o autismo continua ocultando sua origem e grande parte de sua natureza, apresentando desafios à intervenção educativa e terapêutica. Por outro lado, quando temos oportunidade de nos relacionar com a pessoa que apresenta esse estranho transtorno qualitativo do desenvolvimento, sentimos vivências de opacidade, imprevisibilidade, impotência e fascinação difíceis de descrever e que acentuam ainda mais – dessa vez na interação concreta e não apenas no terreno conceitual – o caráter enigmático do autismo. Paradoxalmente, tais impressões nos oferecem uma via para poder penetrar no mistério do autismo, se percebemos que as relações humanas normalmente são *recíprocas*. Não seriam essas sensações respostas nossas às *impressões que nós mesmos produzimos na pessoa autista*? Se consideramos seriamente essa ideia, chegamos a uma primeira definição do autismo, muito mais profunda e justificada pela pesquisa do que parece à primeira vista: *é autista aquela pessoa para a qual as outras pessoas são opacas e*

imprevisíveis, aquela pessoa que vive como ausentes – mentalmente ausentes – as pessoas presentes, e que, por tudo isso, se sente incompetente para regular e controlar sua conduta por meio da comunicação.

O autismo nos fascina porque supõe um desafio para algumas de nossas motivações mais fundamentais como seres humanos. As necessidades de compreender os outros, compartilhar mundos mentais e de nos relacionarmos são muito próprias de nossa espécie, exigem-nos de um modo quase compulsivo. Por isso, o isolamento desconectado das crianças autistas é tão estranho e fascinante para nós como seria o fato de um corpo inerte, contra as leis da gravidade e de nossos esquemas cognitivos prévios, começar a voar pelos ares em nosso quarto. Há algo na conduta autista que parece ir contra as “leis da gravidade entre as mentes”, contra as forças que atraem as mentes humanas para outras. Uma trágica solidão fascinante que, como destacou de modo penetrante Uta Frith (1991, p. 35), “não tem nada a ver com estar apenas fisicamente, mas com estar mentalmente”.

A impressão de fascinação expressou-se desde a origem do autismo como síndrome bem-definida: uma origem que se situa em um artigo muito importante de um psiquiatra austríaco radicado nos Estados Unidos, o doutor Leo Kanner. Seu artigo sobre “Os transtornos autistas do contato afetivo” (1943) começava com estas palavras: “Desde 1938, chamaram-nos a atenção várias crianças cujo quadro difere tanto e tão peculiarmente de qualquer outro tipo conhecido até o momento que cada

caso merece – e espero que venha a receber com o tempo – uma consideração detalhada de suas peculiaridades fascinantes”. Em que consistiam essas “peculiaridades fascinantes”? Kanner descreveu-as de modo tão penetrante e preciso que sua definição do autismo é, em essência, a que se continua empregando atualmente.

Depois de descrever de modo detalhado os casos de onze crianças, Kanner comentava suas características especiais reincidentes que se referiam principalmente a três aspectos:

1. *As relações sociais.* – Para Kanner, o traço fundamental da síndrome de autismo era “a incapacidade para relacionar-se normalmente com as pessoas e as situações” (1943, p. 20), sobre a qual fazia a seguinte reflexão: “Desde o início há uma extrema solidão autista, algo que na medida do possível desconsidera, ignora ou impede a entrada de tudo o que chega à criança de fora. O contato físico direto e os movimentos ou os ruídos que ameaçam romper a solidão são tratados como se não estivessem ali, ou, não bastasse isso, são sentidos dolorosamente como uma interferência penosa”.

2. *A comunicação e a linguagem.* – Kanner destacava também um amplo conjunto de deficiências e alterações na comunicação e na linguagem das crianças autistas, às quais dedicou um artigo monográfico, em 1946, intitulado “Linguagem irrelevante metafórica no autismo infantil precoce”. Tanto nesse artigo como no de 1943, assinala-se a ausência de linguagem em algumas crianças autistas, seu uso estranho nas que a possuem, como se fosse “uma ferramenta para receber ou transmitir mensagens significativas” (1943, p. 21), e definem-se alterações como a ecolalia (tendência a repetir emissões ouvidas, em vez de criá-las espontaneamente), a tendência a compreender as emissões de forma mais literal, a inversão de pronomes pessoais, a falta de atenção à linguagem, a aparência de surdez em algum momento do desenvolvimento e a falta de relevância das emissões.

3. *A “insistência em não variar o ambiente”.* – A terceira característica era a inflexibilidade, a rígida aderência a rotinas e a insistência das crianças autistas na igualdade. Kanner

(1943, p. 22) comentava até que ponto se reduz drasticamente a gama de atividades espontâneas no autismo e como a conduta da criança “é governada por um desejo ansiosamente obsessivo por manter a igualdade, que ninguém, a não ser a própria criança, pode romper em raras ocasiões”. De modo perspicaz, relacionava tal característica com outra própria do autismo: a incapacidade de perceber ou de conceituar totalidades coerentes e a tendência a representar as realidades de forma fragmentária e parcial.

Poucos meses depois de Kanner publicar seu influente artigo sobre o autismo, outro médico vienense, o doutor Hans Asperger, tornou públicos os casos de várias crianças com “psicopatia autista”, vistas e atendidas no Departamento de Pedagogia Terapêutica (Heipadagogische Abteilung) da Clínica Pediátrica Universitária de Viena. Parece claro que Asperger não conhecia o artigo de Kanner e que “descobriu” o autismo de modo independente. Publicou suas próprias observações em um artigo de 1944, intitulado “A psicopatia autista na infância”, em que destacava as mesmas características assinaladas por Kanner: “O transtorno fundamental dos autistas – dizia Asperger – é a limitação de suas relações sociais. Toda a personalidade dessas crianças é determinada por tais limitações” (p. 77). Além disso, Asperger assinalava as estranhas pautas expressivas e comunicativas dos autistas, as anomalias prosódicas e pragmáticas de sua linguagem (sua melodia peculiar ou falta dela, seu emprego muito restrito como instrumento de comunicação), a limitação, a compulsividade e o caráter obsessivo de seus pensamentos e ações e a tendência dos autistas a guiar-se exclusivamente por impulsos internos, alheios às condições do meio.

Apesar dessas semelhanças, havia algumas diferenças entre o enfoque do artigo de Kanner e a perspectiva do de Asperger. Interessa-nos destacar aqui uma delas: Kanner, em 1943, não se preocupou com a educação, mas Asperger sim. Os interesses educativos de Asperger, porém, não foram dominantes nos primeiros 20 anos de estudo e tratamento do autismo infantil. Isso se deve a duas razões principais:

1. O artigo de Asperger era praticamente desconhecido fora dos círculos restritos de língua alemã e somente em 1991 esse artigo foi traduzido para o inglês.
2. No primeiro momento da pesquisa do autismo, predominaram concepções dinâmicas, muito matizadas de equívocos e mitos, que não facilitavam um enfoque educacional coerente do autismo. Vale a pena comentar brevemente esse segundo aspecto, diferenciando três momentos principais de estudo do autismo: o primeiro estendeu-se de 1943 a 1963, ocupando os primeiros 20 anos de estudo da síndrome; o segundo abarcou as duas décadas seguintes, de 1963 a 1983; o terceiro perfilou-se nos últimos 10 ou 15 anos, quando foram feitas descobertas muito importantes sobre o autismo e se definiram novos enfoques para sua explicação e seu tratamento.

O PRIMEIRO MOMENTO DO ESTUDO DO AUTISMO, 1943-1963

O autismo é um transtorno emocional, produzido por fatores emocionais ou afetivos inadequados na relação da criança com as figuras de criação. Tais fatores dão lugar a que a personalidade da criança não possa constituir-se ou que se transtorne. Desse modo, mães e/ou pais incapazes de proporcionar o afeto necessário para a criação produzem uma alteração grave do desenvolvimento de crianças que teriam sido potencialmente normais e que seguramente possuem uma inteligência muito melhor do que parece, mas que não podem expressar por sua perturbação emocional e de relação. O emprego de uma terapia dinâmica de estabelecimento de laços emocionais saudáveis é a melhor maneira de ajudar as crianças autistas.

O parágrafo anterior contém toda uma série de ideias que hoje consideramos essencialmente falsas, mas que foram muito influentes

nos primeiros 20 anos de estudo do autismo e deixaram uma longa esteira de mitos que persistem até hoje na “visão popular” da síndrome. Em primeiro lugar, é duvidoso que o autismo seja *essencialmente* um transtorno emocional. Além disso, não se demonstrou em absoluto que os pais sejam responsáveis pela trágica alteração de seus filhos e sim que estes apresentavam alterações biológicas que podem estar relacionadas com a origem do transtorno, acompanhado de atraso mental em muitos casos. Finalmente, as terapias dinâmicas não demonstraram com clareza sua utilidade no tratamento do autismo. Ao contrário, aceita-se de forma quase universal que o tratamento mais eficaz do autismo de que dispomos atualmente é a educação.

O segundo momento: 1963-1983

Na primeira metade dos anos 1960, um conjunto de fatores contribuiu para mudar não só a imagem científica do autismo como também o tratamento dado ao transtorno. A hipótese dos pais culpados foi abandonada à medida que se demonstrava sua falta de justificativa empírica e se encontravam os primeiros indícios claros de associação do autismo com transtornos neurobiológicos. Esse processo coincidiu com a formulação de modelos explicativos do autismo que se baseavam na hipótese de que existe algum tipo de alteração *cognitiva* (mais do que afetiva) que explica as dificuldades de relação, linguagem, comunicação e flexibilidade mental. Embora nesses anos não se tenha conseguido descobrir a chave de tal alteração cognitiva, os novos modelos do autismo basearam-se em pesquisas empíricas, rigorosas e controladas mais do que – como antes – na mera especulação e na descrição de casos clínicos.

Nos anos 1960, 1970 e 1980, a educação converteu-se no tratamento principal do autismo. Nisso, influíram principalmente dois tipos de fatores:

1. O desenvolvimento de procedimentos de modificação de conduta para ajudar as pessoas autistas a se desenvolverem.

2. A criação de escolas dedicadas especificamente ao autismo, patrocinadas sobretudo por associações de pais e familiares de autistas.

O enfoque atual do autismo

Nos últimos anos, ocorreram mudanças importantes, que nos permitem definir uma terceira etapa no enfoque do autismo.

A mudança principal no *enfoque geral do autismo* consiste em sua consideração de uma perspectiva evolutiva, como um transtorno do desenvolvimento. Se o autismo supõe um desvio qualitativo importante da evolução normal, é preciso compreender tal desenvolvimento para entender em profundidade o que é o autismo. Este, por sua vez, de modo paradoxal, nos ajuda a explicar melhor o desenvolvimento humano, porque torna patentes certas funções que se produzem nele, capacidades que costumam passar despercebidas, apesar de sua enorme importância, e que se manifestam no autismo precisamente por sua ausência. Não é estranho, então, que o autismo tenha se convertido nos últimos anos em um tema central de pesquisa em psicologia evolutiva e não apenas em psicopatologia; nem que, nas definições diagnósticas, a consideração tradicional do autismo como “psicose infantil” tenha sido substituída por seu enquadramento como “transtorno global do desenvolvimento”. Também não é de se estranhar que a revista científica mais difundida sobre o autismo, que no início se chamava *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, passasse a se chamar, em 1978, *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Além disso, ocorreram nos últimos anos mudanças importantes nas *explicações do autismo*: tanto no aspecto psicológico como no neurobiológico substituíram-se os modelos relativamente inespecíficos dos anos 1960 e 1970 por teorias rigorosas e muito fundamentadas em dados. Por exemplo, em 1985, Baron-Cohen, Leslie e Frith, três pesquisadores do Medical Research Council de Londres, descobriram uma incapacidade específica dos autistas para “atribuir mente” e formularam um modelo que foi muito fértil, segundo o qual o

autismo consistiria em um transtorno específico de uma capacidade humana muito importante a que se denomina “teoria da mente”. E no plano neurobiológico, os estudos de genética, pesquisa neuroquímica, exploração citológica, neuroimagem, eletrofisiologia, etc. permitiram descobrir alterações que nos aproximam cada vez mais da descoberta das possíveis causas do autismo.

Nos *procedimentos para tratar o autismo* também houve mudanças importantes. Em uma caracterização muito rápida, podemos dizer que, nos últimos anos, a educação caracterizou-se por um estilo mais pragmático e natural, mais integrador e menos “artificial” que nos anos anteriores, mais centrado na comunicação como núcleo essencial do desenvolvimento, mais respeitoso com os recursos e as capacidades das pessoas autistas. De forma complementar, a pesquisa farmacológica permitiu o desenvolvimento de substâncias eficazes para tratar algumas alterações associadas ao autismo em alguns casos.

Novos temas de interesse

O exemplo mais significativo é o dos adultos autistas. À medida que se acumularam conhecimentos e experiências sobre o autismo, tornou-se evidente a necessidade, tanto teórica como prática, de considerar o transtorno da perspectiva do ciclo vital completo e não apenas como uma alteração “da criança”. Atualmente, tanto na Espanha como em outros países da Europa, existe uma defasagem importante entre os recursos destinados às crianças autistas e os que se dedicam aos adultos. Enquanto as administrações educativas e os profissionais da educação tornaram-se relativamente conscientes das necessidades específicas das primeiras, os adultos autistas ainda não contam com os recursos mínimos para um atendimento adequado. Devemos levar em conta que a maioria das pessoas autistas requer atenção, supervisão e apoio durante toda a vida. Atualmente não se “cura” o autismo, embora possa haver uma melhora muito significativa, graças, sobretudo, ao trabalho paciente da educação.

Em que consiste, então, esse estranho e fascinante desvio do desenvolvimento que produz consequências para toda a vida? Como se define atualmente o autismo? Dedicaremos o próximo item a oferecer uma visão descritiva suficientemente precisa, tanto do autismo como de outros transtornos do desenvolvimento que estão de algum modo relacionados a ele. A precisão e a clareza dessa descrição nos serão muito úteis em seguida, quando enfrentaremos o problema da explicação de alguns enigmas do autismo e o desafio prático de definir procedimentos educacionais para ajudar as pessoas autistas.

DEFINIÇÃO DE AUTISMO E DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

A definição do autismo oferecida por Kanner em 1943 continua vigente ainda hoje, com seus três núcleos de transtornos:

- a) qualitativo da relação;
- b) alterações da comunicação e da linguagem; e
- c) falta de flexibilidade mental e comportamental.

Essas são as três dimensões que se incluem nas definições diagnósticas mais empregadas: o DSM-IV da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA, 1994) e o CID-10 da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993). Tais classificações não devem ser utilizadas como fundamentos rígidos do diagnóstico clínico, que sempre deve basear-se em uma observação rigorosa das condutas da criança e em uma interpretação fina de seu significado.

A classificação mais utilizada, o DSM-IV, diferencia entre o transtorno autista – que equivale à síndrome de Kanner – e o transtorno de Asperger – a síndrome de Asperger. O primeiro associa-se, em 75% dos casos, ao atraso mental. O segundo, que se diferencia principalmente porque não implica limitações ou alterações *formais* da linguagem (mas sim outras alterações pragmáticas e prosódicas), é acompanha-

do de quocientes intelectuais na gama normal. Além dessas síndromes, incluem-se outras nos transtornos globais do desenvolvimento: o transtorno de Rett (ou síndrome de Rett), o transtorno desintegrador da infância e os transtornos globais do desenvolvimento (daqui em diante, TGD) “não especificados”, que incluem o conceito ambíguo de “autismo atípico”.

O transtorno autista

No Quadro 2.1, apresenta-se um esquema de definição do autismo, transtorno autista, oferecido pelo DSM-IV. Incluem-se no esquema apenas as características aceitas como universais e específicas do autismo. Raramente são as *únicas*. “As pessoas com transtorno autista – assinala o DSM-IV – podem manifestar uma ampla gama de sintomas comportamentais, na qual se incluem hiperatividade, âmbitos atencionais muito breves, impulsividade, agressividade, condutas autolesivas e, particularmente nas crianças, acessos de raiva. Pode haver respostas estranhas a estímulos sensoriais. Por exemplo, patamares elevados à dor, hipersensibilidade aos sons ou ao serem tocadas, reações exageradas a luzes e odores, fascinação por certos estímulos” (APA, 1994, p. 67-68). Também alterações na conduta alimentar e no sono, mudanças inexplicáveis de estados de ânimo, falta de resposta a perigos reais e, no extremo oposto, intenso temor motivado por estímulos que não são perigosos. Esses traços são frequentes, mas não são critérios necessários para diagnosticar o autismo.

A definição do DSM-IV que se oferece no quadro é uma tentativa de dar objetividade a um campo particularmente subjetivo, como o do diagnóstico clínico em psicopatologia. Contribui para que os professores falem a mesma linguagem e para que as pesquisas se baseiem em diagnósticos compartilhados.

O transtorno de Asperger

Um problema ainda sem solução na literatura sobre o autismo (ver Frith, 1991) é o de

se a “psicopatia autista” de que falava Hans Asperger deve ou não ser diferenciada do quadro clássico de autismo de Kanner. Para alguns pesquisadores, as pessoas com síndrome de Asperger são pessoas autistas com nível intelectual e linguístico elevado, mas não existe uma diferença qualitativa em relação aos mais atrasados ou graves. Para outros, a síndrome de Asperger deve ser distinguida qualitativamente do transtorno autista. Esta é a opção adotada pela classificação DSM-IV, ao distinguir os dois quadros, e será também a alternativa que seguiremos aqui, mas não vamos adotar a definição DSM-IV da síndrome de Asperger que, para esse autor, apresenta algumas insuficiências sérias (por exemplo, afirma que nas pessoas com Asperger “não existe um atraso no desenvolvimento da linguagem”). No entanto, se há desenvolvimento, o que ocorre é que essa linguagem, sempre adquirida de forma tardia e anômala, acaba sendo formalmente correta ou inclusive “correta e formal demais”.

Na realidade, as principais diferenças entre o transtorno de Asperger e o transtorno autista clássico de Kanner são duas:

1. As crianças e os adultos com síndrome de Asperger – insistimos – não apresentam deficiências estruturais em sua linguagem. Inclusive podem ter capacidades linguísticas formais extraordinárias em alguns casos. Sua linguagem pode ser “superficialmente” corretíssima, pedante, com formulações sintaticamente muito complexas e um vocabulário que chega a ser impróprio por seu excessivo rebuscamento. A linguagem das pessoas com síndrome de Asperger, porém, é estranha: tem limitações pragmáticas, como instrumento de comunicação, e prosódicas, em sua melodia (ou falta dela), que chamam a atenção.
2. As crianças e os adultos com síndrome de Asperger têm capacidades normais de “inteligência impessoal fria”, e frequentemente extraordinária em campos restritos.

O transtorno de Rett

Dentre os transtornos globais do desenvolvimento, a síndrome de Rett (chamada de transtorno de Rett na classificação do DSM-IV) situa-se no extremo da síndrome de Asperger. Com isso, queremos dizer que se trata de um transtorno sempre acompanhado de um nível grave ou profundo de atraso mental. Trata-se de uma alteração evolutiva que ocorre sempre após um período de 5 ou 6 meses de evolução normal no começo da vida e que se acredita (embora haja alguma discussão a respeito) que se dá apenas em meninas (por envolver mutação genética em cromossomo X, que daria lugar à inviabilidade dos embriões masculinos). Manifesta-se pela ausência de atividade funcional com as mãos, dedicadas de forma repetitiva a estereótipos de “lavar” ou “retorcer”, isolamento, atraso importante no desenvolvimento da capacidade de andar (com ambulância rígida e pouco coordenada, quando se adquire, e posteriormente sua perda na adolescência), perda de capacidade de relação, ausência de competências simbólicas e de linguagem, microcefalia progressiva (pois a cabeça cresce em ritmo menor que o resto do corpo), alteração de padrões respiratórios, com hiperventilação e hipoventilação frequentes, ausência de relação com objetos e prognóstico pobre a longo prazo.

As meninas com síndrome de Rett apresentam um padrão tão claro e homogêneo de transtorno e atrasos do desenvolvimento que seu diagnóstico diferencial em relação ao autismo de Kanner (inclusive nos casos em que este é acompanhado de atraso mental grave) não costuma ser excessivamente difícil. Não se pode dizer o mesmo de outros transtornos do desenvolvimento a que se refere o DSM-IV: o transtorno desintegrador da infância e o “autismo atípico”, cuja distinção do “autismo típico” (relativamente raro, dada a grande heterogeneidade dos quadros de autismo) pode ser realmente muito sutil.

O transtorno desintegrador da infância

O transtorno desintegrador da infância é um quadro pouco conhecido e que implica uma

perda de funções e capacidades previamente adquiridas pela criança (isto é, uma clara regressão). Para diagnosticar tal transtorno, a perda tem de ocorrer depois dos 2 anos e antes dos 10, e tem de estabelecer-se com garantias de que antes da regressão havia um desenvolvimento claramente normal de competências de linguagem, comunicação não verbal, jogo, relações sociais e condutas adaptativas. O critério diagnóstico básico é que deve haver perdas pelo menos em duas destas cinco áreas:

1. Linguagem expressiva e receptiva.
2. Competências sociais e adaptativas.
3. Controle de esfíncteres vesicais e/ou anais.
4. Jogo.
5. Destrezas motoras.

Assim como o autismo, o TD (que antes recebia nomes como síndrome de Heller e psicose regressiva) define-se por:

- a) alterações qualitativas das capacidades de relação e comunicação;
- b) pautas restritivas e estereotipadas de conduta e atividade mental. Frequentemente, esse quadro (muito pouco estudado) tem um caráter mais cíclico e mutável que o autismo, oferece uma imagem de instabilidade emocional mais extrema e inexplicável e não se descarta que – diferentemente do que ocorre no autismo – seja acompanhado de fenômenos semelhantes às alucinações e aos delírios da esquizofrenia.

Os TGD sem outra especificação

O DSM-IV reconhece finalmente um último “tipo” de transtorno do desenvolvimento, cuja aceitação é, por si mesma, uma demons-

QUADRO 12.1 Critérios diagnósticos básicos DSM-IV do transtorno autista

- A. Para que se dê um diagnóstico de autismo, devem cumprir-se seis ou mais manifestações do conjunto de transtornos: (1) da relação, (2) da comunicação e (3) da flexibilidade. Cumprindo-se no mínimo dois elementos de (1), um de (2) e um de (3).
1. Transtorno qualitativo da relação, expressado no mínimo em duas das seguintes manifestações:
 - a. Transtorno importante em muitas condutas de relação não verbal, como o olhar nos olhos, a expressão facial, as posturas corporais e os gestos para regular a interação social.
 - b. Incapacidade para desenvolver relações com iguais adequadas ao nível evolutivo.
 - c. Ausência de condutas espontâneas voltadas a compartilhar prazeres, interesses ou êxitos com outras pessoas (por exemplo, de condutas de apontar ou mostrar objetos de interesse).
 - d. Falta de reciprocidade social ou emocional.
 2. Transtornos qualitativos da comunicação, expressados no mínimo em uma das seguintes manifestações:
 - a. Atraso ou ausência completa de desenvolvimento da linguagem oral (que não se procura compensar com meios alternativos de comunicação, como os gestos ou a mímica).
 - b. Em pessoas com fala adequada, transtorno importante na capacidade de iniciar ou de manter conversas.
 - c. Emprego estereotipado ou repetitivo da fala ou uso de uma fala idiossincrática.
 - d. Falta de um jogo de ficção espontâneo e variado, ou de jogo de imitação social adequado ao nível evolutivo.
 3. Padrões de conduta, interesse ou atividade restritivos, repetidos e estereotipados, expressados no mínimo em uma das seguintes manifestações:
 - a. Preocupação excessiva com um foco de interesse (ou vários) restrito e estereotipado, anormal por sua intensidade ou por seu conteúdo.
 - b. Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais.
 - c. Estereotípias motoras repetitivas (por exemplo, sacudir as mãos, retorcer os dedos, movimentos complexos de todo o corpo, etc.).
 - d. Preocupação persistente com partes de objetos.
- B. Antes dos 3 anos, devem ocorrer atrasos ou alterações em uma destas três áreas: (1) interação social, (2) emprego comunicativo da linguagem ou (3) jogo simbólico.
- C. O transtorno não é melhor explicado por uma síndrome de Rett ou por um transtorno desintegrador da infância.

tração de que ainda não contamos com uma definição suficientemente precisa e rigorosa destes transtornos. Trata-se dos TGD “sem outra especificação”; aqueles em que falta clareza suficiente para decidir-se por um dos quadros a que nos referimos até aqui ou os sintomas de autismo se apresentam de forma incompleta. Nessa categoria (que deve ser evitada por ser uma colcha de retalhos), inclui-se o conceito peculiar de “autismo atípico”.

A enumeração descritiva de sintomas dos transtornos globais do desenvolvimento ainda deixa no ar muitos problemas, por três razões principais:

1. A fronteira entre os quadros que descrevemos são frequentemente muito imprecisas. Há crianças tipicamente kannerianas, aspergianas ou com transtorno desintegrador, mas na realidade muitas são “atípicas” ou se situam nos limites difusos entre esses transtornos.
2. Muitos desvios e deficiências do desenvolvimento, que não se incluem nos descritos, são acompanhados de sintomas autistas.
3. Existe uma grande heterogeneidade de pessoas autistas: o autismo é muito diferente, dependendo de fatores como a idade, o nível intelectual da pessoa que padece dele e a gravidade de seu quadro.

Para esclarecer tais afirmações, devemos nos referir ao importante conceito de “espectro autista”, que nos permitirá estabelecer uma categorização mais precisa e, sobretudo, mais explicativa das pessoas que, ao longo do desenvolvimento, apresentam sintomas autistas.

O espectro autista e suas dimensões

O conceito de espectro autista pode nos ajudar a compreender que, quando falamos de autismo e de outros transtornos globais, empregamos termos comuns para pessoas muito diferentes. O rótulo “autismo” parece remeter a um conjunto bastante heterogêneo de indi-

vidualidades, cujos níveis evolutivos, necessidades educativas e terapêuticas e perspectivas vitais são bastante diferentes.

A ideia de considerar o autismo como um “contínuo”, mais do que como uma categoria que defina um modo de “ser”, ajuda-nos a compreender que, apesar das importantes diferenças que existem entre diferentes pessoas, todas elas apresentam alterações, em maior ou menor grau, em uma série de aspectos ou “dimensões”, cuja afecção se produz sempre nos casos de transtorno profundo do desenvolvimento. A natureza e a expressão concreta das alterações, que as pessoas com espectro autista apresentam nessas “dimensões sempre alteradas”, dependem de seis fatores principais:

1. A associação ou não do autismo com atraso mental mais ou menos grave.
2. A gravidade do transtorno que apresentam.
3. A idade – o momento evolutivo – da pessoa autista.
4. O sexo: o transtorno autista afeta com menos frequência, porém com maior gravidade de alteração, as mulheres do que os homens.
5. A adequação e a eficiência dos tratamentos utilizados e das experiências de aprendizagem.
6. O compromisso e o apoio da família.

Os *sintomas específicos* que as pessoas com autismo apresentam ou os traços autistas associados a outros quadros dependem desses seis fatores, alguns dos quais não são independentes entre si, mas que não podem ser reduzidos completamente uns aos outros.

A ideia de um “espectro autista” teve sua origem em uma pesquisa realizada por Lorna Wing e Judith Gould (1979), cujo objetivo era conhecer o número e as características de crianças e jovens menores de 15 anos que apresentavam algum tipo de deficiência importante nas capacidades de relação social. O resultado dessa pesquisa foi a descoberta de que a prevalência de déficits sociais graves era mais de quatro vezes superior ao do transtorno autista, e também que em todas as crianças com esses déficits concorriam os principais sintomas do espectro

autista: transtornos da relação, das capacidades de ficção e de jogo simbólico, das capacidades linguísticas e comunicativas e da flexibilidade mental e comportamental. A presença desses traços era tanto mais provável quanto menor era o QI das crianças estudadas.

Há um resultado da pesquisa de Wing e Gould (1979) que tem enormes consequências práticas: os traços do espectro autista não se produzem apenas em pessoas com transtorno global do desenvolvimento, mas em outras cujo desenvolvimento é afetado por diferentes causas: atrasos de origem metabólica ou genética, epilepsias da primeira infância que são acompanhadas de atraso mental (como a síndrome de West), alterações associadas a quadros de incapacidade sensorial, etc. Tal observação tem uma importância muito grande, pois as alterações sintomáticas são as que definem essencialmente as estratégias de tratamento, mais do que os rótulos psiquiátricos, neurobiológicos e psicológicos com que se definem os quadros.

Lorna Wing (1988) diferenciou quatro principais dimensões de variação do espectro autista:

1. Transtorno nas capacidades de reconhecimento social.
2. Nas capacidades de comunicação social.
3. Nas destrezas de imaginação e compreensão social.
4. Nos padrões repetitivos de atividade. Refere-se também a outras funções psicológicas, como a linguagem, a resposta a estímulos sensoriais, a coordenação motora e as capacidades cognitivas.

Pela importância do conceito de espectro autista, desenvolveu-se um conjunto mais amplo de doze dimensões que se alternam sistematicamente nos quadros de autismo e em todos aqueles que envolvem espectro autista. Para cada dimensão, estabeleceram-se quatro níveis: o primeiro é o que caracteriza as pessoas com um transtorno significativo, um quadro mais grave, níveis cognitivos mais baixos e frequentemente crianças menores. Também os casos que não receberam um tratamento adequado. O quarto nível é característico dos trans-

tornos menos graves e define de modo muito característico pessoas que apresentam a síndrome de Asperger. As doze dimensões que diferenciamos são as seguintes:

1. Transtornos qualitativos da relação social.
2. Transtornos das capacidades de referência conjunta (ação, atenção e preocupação conjuntas).
3. Transtornos das capacidades intersubjetivas e mentalistas.
4. Transtornos das funções comunicativas.
5. Transtornos qualitativos da linguagem expressiva.
6. Transtornos qualitativos da linguagem compreensiva.
7. Transtornos das competências de antecipação.
8. Transtornos da flexibilidade mental e comportamental.
9. Transtornos do sentido da atividade própria.
10. Transtornos da imaginação e das capacidades de ficção.
11. Transtornos da imitação.
12. Transtornos da suspensão (da capacidade de criar significantes).

Devemos assinalar que, embora exista uma alta correlação entre os níveis das pessoas autistas nas diferentes dimensões, essa correlação não é, de modo algum, perfeita. Assim, a pessoa X pode estar no nível 3 da primeira dimensão, no 2 da segunda, no 3 da terceira, etc. A descrição do nível em que se situa uma pessoa com espectro autista em cada dimensão constitui um julgamento sintético, muito útil para definir seu quadro e estabelecer uma ideia inicial dos propósitos e das estratégias com que uma pessoa deve ser tratada.

Transtorno qualitativo das relações sociais

Na maioria das explicações do autismo, a “solidão”, a incapacidade ou a dificuldade de relação, é considerada a raiz essencial do transtorno ou, como dizia Kanner (1943, p. 33), “o traço patognômico e fundamental”. Em to-

dos os casos, esse traço parece remeter a uma “limitação da cumplicidade interna” nas relações. Há, porém, uma variação considerável de níveis e capacidades que sempre implicam uma distorção qualitativa grave das capacidades de relação interpessoal. Enquanto algumas pessoas com espectro autista oferecem a impressão clínica de carecer completamente de motivações de relação e de estar submersas em um profundo isolamento, outras chegam a sentir subjetivamente a necessidade de relação e estabelecem interações complexas com as pessoas.

No Quadro 12.2, apresentam-se os quatro níveis da dimensão que representam “protótipos” entre os quais pode haver gradações muito sutis (como ocorrerá nas demais dimensões).

Transtorno qualitativo das capacidades de referência conjunta (ação, atenção e preocupação conjuntas)

Essa dimensão refere-se a aspectos sutis da qualidade das relações interpessoais. Em todo espectro autista, EA, manifesta-se uma dificuldade característica de compartilhar focos de interesse, ação ou preocupação com as outras pessoas. Em relação às crianças autistas e com uma gama de nível cognitivo mais baixo do EA, empregou-se o conceito de “atenção conjunta” para definir esse déficit do contínuo. Bruner e Sherwood (1983) definiram as condutas de atenção conjunta assinalando que são aquelas atividades de comunicação social pré-linguística que implicam o emprego de gestos

para compartilhar o interesse com respeito a situações, objetos, etc. Daremos um sentido muito mais geral a essa dificuldade de compartilhar: nas pessoas com níveis mais altos do EA também há uma dificuldade característica de compartilhar preocupações comuns; uma dificuldade que constitui um prolongamento sutil das limitações iniciais das crianças menores com EA de “coletivizar” com outras pessoas a atenção – e também a ação – com respeito aos objetos.

A falta de gestos e condutas de *atenção ou ação conjuntas*, porém, que é uma característica das crianças autistas de menor idade e nível cognitivo, não é a única manifestação, no espectro autista, da dimensão de que estamos tratando. Um dos traços principais das pessoas com Asperger é sua dificuldade de compartilhar preocupações conjuntas com as pessoas à sua volta (ver Quadro 12.3).

Transtorno das capacidades intersubjetivas e mentalistas

As dificuldades das pessoas autistas de “compartilhar o mundo”, assim como seus transtornos qualitativos da relação e suas deficiências comunicativas, foram explicadas, na última década do século XX, recorrendo a dois conceitos, que correspondem a tradições diferentes e ênfases teóricas distintas no estudo dos fundamentos da interação humana: as noções de *intersubjetividade* (Trevvarthen, Aitken, Papoudi e Robarts, 1996; Hobson, 1993) e *Teoria da mente* (Baron-Cohen, Leslie e Frith, 1985; Frith,

QUADRO 12.2 Transtorno qualitativo da relação

1. Impressão clínica de isolamento. Não há expressões de apego a pessoas específicas. Não há relação com adultos nem com iguais.
2. Incapacidade de relação. Vínculo estabelecido com adultos. Não há relação com iguais.
3. Relações não frequentes, induzidas e externas com iguais. As relações tendem a estabelecer-se como resposta, mais do que por iniciativa própria.
4. Motivação para relacionar-se com iguais, mas falta de relações por dificuldade de compreender sutilezas e pouca empatia. Consciência de “solidão”.

QUADRO 12.3 Transtorno qualitativo das capacidades de referência conjunta

1. Ausência completa de ações conjuntas ou de interesse pelas ações de outras pessoas.
2. Ações conjuntas simples, sem olhares “significativos” de referência conjunta.
3. Utilização de olhares de referência conjunta em situações dirigidas, mas não abertas.
4. Pautas estabelecidas de atenção e ação conjuntas, mas não de preocupações conjuntas.

1991; Baron-Cohen, 1995). Essas categorias constituem, por assim dizer, o destilado de dois enfoques historicamente opostos na explicação do quadro: para o primeiro, o autismo seria essencialmente um transtorno das pautas de relação *afetiva*. Essa foi a formulação original de Kanner (1953) e Asperger (1944), e que herdaram, de forma mais ou menos fiel, os defensores do autismo como um transcurso de *intersubjetividade primária*. No segundo enfoque, o autismo é considerado como um *transtorno cognitivo*. A alteração de uma capacidade cognitiva muito essencial: a de atribuir mente e inferir os estados mentais das pessoas.

As duas descrições dos transtornos, embora aparentemente contrárias, obviamente têm muito de acerto. Por um lado, os autistas “não compreendem bem que tipo de seres são as pessoas”: literalmente, “não sabem o que fazer com elas”. Por outro, têm dificuldades de *empatizar* com as pessoas, de *sentir* com elas: dificuldades que não parecem ser meramente cognitivas. Essa dupla face, afetiva e cognitiva, dos fundamentos das anomalias de relação das pessoas autistas só se explica adequadamente a partir da perspectiva ontogenética, na qual os processos de “inferência fria” são, em si mesmos, derivados de formas de cognição “emocionalmente envolvidas” nas interações dos bebês com as pessoas e as coisas (ver Quadro 12.4).

QUADRO 12.4 Transtornos qualitativos das capacidades intersubjetivas e mentalistas

1. Ausência de pautas de expressão emocional correlativa (isto é, intersubjetividade primária). Falta de interesse pelas pessoas e de atenção a elas.
2. Respostas intersubjetivas primárias ocasionais, mas nenhum indício de que se vive o outro como “sujeito”.
3. Indício de intersubjetividade secundária, sem atribuição explícita de estados mentais. Não se resolvem tarefas de teoria da mente.
4. Consciência explícita de que as outras pessoas têm mente, que se manifesta na solução da tarefa de teoria da mente de primeira ordem. Em situações reais, os processos mentalistas são limitados, lentos e simples.

Transtornos qualitativos das funções comunicativas

Para as pessoas com espectro autista, comunicar-se constitui um problema, às vezes insolúvel. Nos níveis mais afetados, não sabem sequer como manejar as pessoas para conseguir efeitos desejáveis no mundo físico. Nos intermediários, carecem da competência necessária para desenvolver as atividades comunicativas cuja finalidade essencial é compartilhar a experiência interna. Nos menos alterados, os quais já conseguem realizar funções comunicativas que permitem compartilhar experiência, a comunicação é uma atividade difícil: não se produz com a flexibilidade espontânea nem com a facilidade fluida, como se dá com outras pessoas. Conforme a tradição estabelecida na psicologia do desenvolvimento, chamaremos aqui de “comunicação” uma conduta de relação que tem três propriedades essenciais:

1. É uma atividade *intencionada*.
2. Refere-se a algo, ou seja, é *intencional*.
3. Realiza-se por meio de *significantes*.

As condutas propriamente comunicativas, que têm essas três propriedades, aparecem nas crianças normais no último trimestre do primeiro ano de vida. Estas podem cumprir diversas funções, mas há duas que se sobressaem por sua importância:

1. A função de intercambiar o mundo físico ou conseguir algo dele.
2. A função de intercambiar o mundo mental do colega de interação, compartilhando com ele uma experiência interior.

Bates (1976) denominou as primeiras de protoimperativas e as segundas de protodeclarativas. Na maioria dos casos, as crianças que depois são diagnosticadas como autistas não desenvolvem protoimperativos nem protodeclarativos quando deveriam fazê-lo, ou seja, nos últimos meses do primeiro ano e nos primeiros do segundo.

Em momentos posteriores do desenvolvimento, é comum que as pessoas autistas adquiram a capacidade de pedir; contudo, a realização dessas outras funções comunicativas às quais se dá o nome de “declarativas”, e que buscam “compartilhar o mundo”, é muito mais difícil para os indivíduos com traços do espectro autista. Porque as limitações de intersubjetividade secundária parecem estar no próprio núcleo da explicação do autismo, não é estranho que a limitação séria dessas funções comunicativas com as quais as pessoas tratam de compartilhar a experiência seja uma das “marcas” principais do espectro autista em geral e do transtorno autista em particular (ver Quadro 12.5).

Transtornos qualitativos da linguagem expressiva

Em uma caracterização muito esquemática do que ocorre, podemos dizer que as crianças autistas têm uma dificuldade extrema para desenvolver a linguagem em seu período crítico de desenvolvimento, por carecer dos *inputs* intersubjetivos que “disparam” ou põem em prática os mecanismos específicos de aquisição linguística. Quando essa dificuldade não é tão insuperável a ponto de deixá-las submersas no mutismo, tendem a desenvolver uma linguagem pouco funcional e espontânea, com alte-

rações peculiares, como a ecolalia, a inversão de formas dêiticas, a literalidade extremada dos enunciados e das formas de compreensão, o laconismo, a presença maciça de formas imperativas e a ausência ou a limitação das declarativas, a emissão de verbalizações semanticamente vazias, irrelevantes ou pouco adequadas às situações interativas e uma limitação extrema das competências de conversa e discurso (ver Quadro 12.6).

Transtornos qualitativos da linguagem receptiva

No transtorno autista e na síndrome de Asperger, *sempre* há anomalias e deficiências na compreensão da linguagem. Frequentemente, as crianças que apresentam os transtornos específicos mais sérios do desenvolvimento da linguagem receptiva (transtornos como agnosia verbal auditiva, ou o déficit semântico pragmático) têm sintomas tão acentuados, especialmente na fase crítica de aquisição da linguagem, entre 1 ano e meio e 5 anos aproximadamente, que sua síndrome se revela muito mais difícil do que apresentam as crianças com autismo.

Como ocorre nas outras dimensões, porém, as dificuldades e as anomalias de compreensão são muito variáveis: há autistas que nunca respondem à interação verbal ou, nos casos mais sérios, comportam-se como se não ouvissem. Frequentemente, isso se dá no iní-

QUADRO 12.5 Transtorno qualitativo das funções comunicativas

1. Ausência de comunicação (relação intencionada, intencional e significante) e de condutas instrumentais com pessoas.
2. Condutas instrumentais com pessoas para realizar trocas no mundo físico (por ex.: pedir) sem outras pautas de comunicação.
3. Condutas comunicativas para pedir, mas não para compartilhar experiências ou intercambiar o mundo mental.
4. Condutas comunicativas de declarar, comentar, etc., com escassas “qualificações subjetivas da experiência” e declarações sobre o mundo interior.

QUADRO 12.6 Transtorno da linguagem expressiva

1. Mutismo total ou “funcional”. Pode haver verbalizações que não sejam propriamente linguísticas.
2. Linguagem composta de palavras soltas ou ecolálicas. Não há propriamente “criação formal” de sintagmas ou de orações.
3. Linguagem oracional. Há orações que não são ecolálicas, mas que não configuram discurso ou conversa.
4. Discurso e conversa, com limitações de adaptação flexível nas conversas e de seleção de temas relevantes. Frequentemente, há anomalias prosódicas.

cio do quadro, quando as suspeitas de surdez ocorrem em 40% dos casos. No extremo oposto, dos níveis mais altos de EA, pode haver dificuldades sutis para captar o significado profundo de enunciados que implicam dupla semiose (metáforas, ironias, refrões, etc.). Assim, devem se diferenciar quatro níveis distintos de dificuldades de compreensão, como aparecem no Quadro 12.7.

Transtornos qualitativos das competências de antecipação

O conjunto de transtornos qualitativos das capacidades de antecipação nos quadros com EA fazem parte da mesma subsíndrome que os distúrbios que afetam as dimensões 8 (inflexibilidade) e 9 (transtornos do sentido da própria atividade), que vamos abordar em epígrafes seguintes. Todas elas contribuem para oferecer essa imagem de exigência inflexível de um mundo sem mudanças, completamente previsível, de uma “espécie de mundo parmenídeo”, em que “o ser se sente imutável, sempre idêntico a si mesmo”, tão característica da síndrome de Kanner, mas que também se apresenta (frequentemente de forma menos proeminente) em outras alterações que são acompanhadas de espectro autista.

De uma perspectiva cognitiva, a experiência ansiosa de preservação de um mundo sem mudanças remete imediatamente à ideia de que existem anomalias e limitações nos processos

QUADRO 12.7 Transtorno qualitativo da linguagem receptiva

1. “Surdez central”. Tendência a ignorar por completo a linguagem. Não responde a ordens, chamados ou indicações linguísticas de nenhuma espécie.
2. Associação de enunciados verbais com condutas próprias (compreende ordens simples). Não implica a assimilação dos enunciados a um código.
3. Compreensão (literal e pouco flexível) de enunciados. Não se compreende discurso.
4. Compreende-se discurso e conversa, mas diferencia-se com grande dificuldade o significado literal do intencional.

de antecipação, ou, de maneira mais geral, de *formação de esquemas ou uso de esquemas*. Um mundo cognitivo sem esquemas é um caos fragmentário, em que as realidades que não se acomodam mimeticamente ao já ocorrido são novidades aterrorizantes, cognitivamente incompreensíveis e emocionalmente inaceitáveis (ver Quadro 12.8).

Transtornos qualitativos da flexibilidade mental e da flexibilidade comportamental

As estereotipias motoras, a realização de rituais repetitivos, a obsessão por certos conteúdos mentais, a inflexível oposição a mudanças ambientais às vezes mínimas configuram um estilo mental e comportamental característico do transtorno autista, mas que afeta também outros quadros que incluem espectro autista (Wing e Gould, 1979). Inclusive nas pessoas autistas com maiores níveis cognitivos ou em pacientes com transtornos de Asperger, refletem-se, em exames neuropsicológicos como a “Torre de Hanói” ou a tarefa de seleção de cartões de Wiscosin (Ozonoff, Pennington e Rogers, 1991), dificuldades específicas para empregar estratégias flexíveis na atividade cognitiva.

O padrão inflexível do funcionamento mental, contudo, pode manifestar-se de formas diferentes e isso depende, em parte, das capa-

QUADRO 12.8 Transtorno qualitativo das capacidades de antecipação

1. Aderência inflexível a estímulos que se repetem de forma idêntica (por ex.: filmes em vídeo assistidos seguidamente). Resistência intensa a mudanças. Falta de condutas antecipatórias.
2. Aparecem condutas antecipatórias em situações cotidianas. Frequentemente, se opõe a mudanças e piora em situações novas e imprevistas.
3. Incorporação de estruturas temporais amplas (por ex.: “aulas” vs. “férias”). Pode haver reações catastróficas ocasionais diante de mudanças imprevistas.
4. Alguma capacidade de regular a estrutura de seu próprio ambiente e de manejar as mudanças. Prefere-se uma ordem clara e um ambiente previsível.

tidades cognitivas das pessoas autistas e do grau de comprometimento de seu distúrbio. As estereotípias e os conteúdos obsessivos e limitados de pensamento podem fazer parte de um mesmo contínuo, que se reflete, como ocorre nas outras dimensões, em vários níveis distintos (ver Quadro 12.9).

Transtorno do sentido da atividade própria

A dedicação inflexível a condutas invariáveis ou a conteúdos mentais reiterativos, a dificuldade de aceitar as mudanças e as limitações nas competências de antecipação estão relacionadas claramente com uma das características terapeuticamente mais relevantes do espectro autista: em tudo isso há uma marca característica da *dificuldade de dar sentido à ação própria*. Em situações clínicas, é muito frequente uma impressão definida de que não somos capazes de “dar sentido” à conduta da criança (ver Quadro 12.10).

Há uma enorme diferença entre a impressão maciça da falta total de sentido da ação, ou vazio de ação funcional dos autistas mais afetados, e a dificuldade de “projetar a vida” dos aspergerianos de nível mais elevado. No entanto, também nesse caso nos encontramos diante de uma dimensão que é, ao mesmo tempo, universal para as pessoas com EA e distintiva entre elas, quando se comparam suas condutas, por exemplo, com as que apresentam pessoas com atraso mental, mas sem espectro autista. A limitação ou a ausência de finalidade na conduta é um dos traços que definem o espectro autista.

QUADRO 12.9 Transtorno da flexibilidade mental e da flexibilidade comportamental

1. Predominam as estereotípias motoras simples.
2. Rituais simples. Resistência a mudanças ambientais mínimas.
3. Rituais complexos. Apego excessivo a objetos. Perguntas obsessivas.
4. Conteúdos obsessivos e limitados de pensamento. Interesses pouco funcionais e flexíveis. Rígido perfeccionismo.

QUADRO 12.10 Transtorno qualitativo do sentido da atividade própria

1. Predomínio maciço de condutas sem meta (por exemplo, pequenas corridas sem rumo, com agitação) e inacessibilidade a orientações externas que dirijam sua atividade.
2. Só se realizam atividades funcionais diante de diretrizes externas. Quando não há, passa-se ao nível anterior.
3. Presença de atividades de “ciclo longo”, mas não vividas como fazendo parte de totalidades coerentes e cuja motivação é externa.
4. Atividades complexas e de ciclo muito longo, cuja meta se conhece e deseja, mas em uma estrutura hierárquica de previsões biográficas em que se inserem.

Transtornos qualitativos das competências de ficção e das competências de imaginação

Como assinalam Baron-Cohen e colaboradores, em seu artigo sobre os indicadores psicológicos para a detecção do autismo (Rivière e Martos, 1997), a ausência de jogo de ficção demonstrou ser uma das três “marcas” mais específicas e precoces – junto com a ausência de protodeclarativos e de olhares de referência conjunta – para a detecção da síndrome de Kanner. Em um contexto mais amplo, a pesquisa de Wing e Gould (1979), que deu origem ao conceito que estamos empregando, o de espectro autista, demonstrou que as crianças com EA, diferentemente das que apresentavam atrasos ou anomalias sem riscos autistas, apresentam carências específicas no desenvolvimento do jogo simbólico. Enquanto 77% das 74 crianças do grupo socialmente apresentavam jogo de ficção, 99% do grupo não socialmente (com EA) não apresentavam.

Se levarmos em conta o importante papel evolutivo que tem o jogo simbólico, sua propriedade de ser uma exploração que a própria criança realiza no que Vygotsky chama de sua “zona de desenvolvimento proximal” e de permitir o “deságue” e a expressão simbólica das emoções, poderemos compreender as consequências que têm a ausência desse instrumen-

to essencial de que a criança dispõe para o seu desenvolvimento (Quadro 12.11).

QUADRO 12.11 Transtorno qualitativo das competências de ficção e das competências de imaginação

1. Ausência de atividades de jogo funcional ou simbólico e de outras competências de ficção.
2. Jogos funcionais pouco flexíveis, pouco espontâneos e de conteúdo limitado.
3. Jogo simbólico em geral pouco espontâneo e obsessivo. Pode haver dificuldades muito importantes de diferenciar ficção e realidade.
4. Capacidades complexas de ficção, que se empregam como recursos de isolamento, ficções pouco flexíveis.

Transtornos qualitativos das capacidades de imitação

As limitações nas capacidades de imitação das crianças com transtorno autista foram destacadas desde as primeiras observações acerca da síndrome de Kanner. Por um lado, essas deficiências específicas das capacidades imitativas expressam as dificuldades com que se deparam as pessoas com TA para refletir um sentido da “identidade com outros”, que, em última análise, é uma expressão fundamental de intersubjetividade. Por outro lado, bloqueiam a aquisição de funções superiores, para cujo desenvolvimento a imitação é importante ou necessária. Não devemos esquecer que, em alguns modelos teóricos do desenvolvimento, como o de Piaget (1959), a imitação é decisiva para o desenvolvimento das capacidades simbólicas ao definir o mecanismo pelo qual se constituem os *significantes*. Desse modo, a incapacidade de imitar é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma condição das limitações simbólicas e intersubjetivas das pessoas autistas (ver Quadro 12.12).

Transtornos da suspensão (da capacidade de criar significantes)

As pessoas com espectro autista têm dificuldades para realizar diferentes espécies de

QUADRO 12.12 Transtorno qualitativo da imitação

1. Ausência completa de condutas de imitação.
2. Imitações motoras simples, evocadas. Não há imitação espontânea.
3. Imitação espontânea, geralmente esporádica, pouco flexível e intersubjetiva.
4. Imitação estabelecida. Ausência de “modelos internos”.

atividades ou de funções que são aparentemente heterogêneas, mas que parecem exigir em diferentes graus o funcionamento de um mecanismo mental de grande importância para criar e compreender significantes. Esse mecanismo consiste simplesmente em deixar em suspenso ações ou representações com a finalidade de criar significantes que possam ser interpretados por outras pessoas ou pelo próprio indivíduo.

Os primeiros gestos propriamente significativos que têm as crianças normais (e dos quais geralmente carecem as crianças que desenvolvem autismo) consistem em deixar em suspenso certas ações; ações como tocar ou pegar coisas, a que podemos dar o nome de “pré-ações” (“pré-ações” porque são ações prévias a outras coisas: pegamos os objetos para “fazer algo com eles”, geralmente os tocamos para algo). Mediante o mecanismo de suspensão, as crianças criam seus primeiros gestos significativos.

À medida que as crianças normais descobrem que podem “representar” ações, objetos, situações ou propriedades reais mediante esses gestos simbólicos, descobrem também que é possível “deixar em suspenso” as propriedades reais e literais das coisas (ver Quadro 12.13).

A EDUCAÇÃO DOS ALUNOS COM AUTISMO

Crêterios de escolarização dos alunos com autismo

O autismo requer do sistema educacional duas coisas importantes:

1. Diversidade.
2. Personalização.

QUADRO 12.13 Transtorno da suspensão (da capacidade de criar significantes)

1. Não se suspendem pré-ações para criar gestos comunicativos. A comunicação está ausente ou se produz mediante gestos instrumentais com as pessoas.
2. Não se suspendem ações instrumentais para criar símbolos ativos. Não há jogo funcional.
3. Não se suspendem as propriedades reais das coisas ou das situações para criar ficções e jogo de ficção.
4. Não se deixam em suspenso representações para criar ou compreender metáforas ou para compreender que os estados mentais não correspondem necessariamente às realidades.

Os sistemas homogêneos e os modelos pouco individualizados do processo de ensino-aprendizagem são incapazes de atender às necessidades das crianças cujo modo de desenvolvimento se afasta mais do “modelo padrão de desenvolvimento humano”. Por outro lado, dada a enorme heterogeneidade dos quadros de autismo e TGD, a avaliação específica e concreta de cada caso é que deve indicar as soluções educativas adequadas. O mero rótulo de autismo não define por si mesmo um critério de escolarização. É preciso uma determinação muito concreta e particularizada, para cada caso, de vários fatores, que devem ser levados em conta para definir a orientação educativa adequada. Quais são esses fatores? No Quadro 12.14, apresenta-se um conjunto de critérios importantes no momento de decidir qual deve ser a solução educativa adequada para as crianças com traços próprios do espectro autista. Estabelece-se uma distinção entre fatores da criança e da escola.

Os pontos destacados no Quadro 12.14 devem ser levados em conta para decidir, em cada momento, a opção escolar adequada para as crianças com TGD: pode ser uma escola regular, sempre que possível; uma classe especial em escola regular; uma escola especial, mas não específica de autismo; ou uma escola específica. Nenhuma destas soluções deve ser excluída *a priori* por razões puramente ideológicas. Em todo caso, há várias observações que devem ser consideradas.

A solução escolar que se encontra para uma criança em uma determinada fase de seu desenvolvimento não precisa ser permanente.

QUADRO 12.14 Critérios de escolarização em autismo e TGD**Fatores da criança**

1. Capacidade intelectual (em geral, devem integrar-se as crianças com QI superior a 70. Não se deve excluir a possível integração na faixa de 55-70).
2. Nível comunicativo e linguístico (capacidades declarativas e linguagem expressiva como critérios importantes para o êxito da integração).
3. Alterações de conduta (a presença de autoagressões graves, agressões e ataques de cólera incontroláveis pode levar a questionar a possível integração, se não houver solução prévia).
4. Grau de flexibilidade cognitiva e comportamental (pode exigir adaptações e ajudas terapêuticas nos casos integrados).
5. Nível de desenvolvimento social: é um critério importante. De maneira geral, as crianças com idades de desenvolvimento social inferiores a 8 ou 9 meses só têm oportunidades reais de aprendizagem em condições de interação um a um com adultos especialistas.

Fatores da escola

1. São preferíveis as escolas de pequeno porte e número baixo de alunos, que não exijam interações de grande complexidade social. Devem-se evitar as escolas excessivamente ruidosas e “despersonalizadas”.
2. São preferíveis as escolas estruturadas, com estilos didáticos diretivos e formas de organização que tornem “previsível” a jornada escolar.
3. É imprescindível um compromisso efetivo do conjunto dos professores e dos professores concretos que atendem a criança com TGD ou autismo.
4. É importante haver recursos complementares e especialmente psicopedagogos com funções de orientação e de logopedia.
5. É muito conveniente proporcionar pistas aos colegas da criança autista para compreender e apoiar suas aprendizagens e relações.

Devem ser evitadas, porém, as mudanças frequentes. Há muitos casos em que são convenientes as soluções que implicam a passagem de escolas especiais para regulares ou – em menos casos – o contrário. A opção educativa em um determinado momento do desenvolvimento da criança não deve ser entendida como uma sentença para toda a vida escolar.

As crianças com nível intelectual relativamente alto, com autismo de Kanner, e os que apresentam síndrome de Asperger requerem

uma integração em que a obtenção de êxitos acadêmicos é importante. Ao contrário do que se possa imaginar, o objetivo da integração nesses casos não deve ser unicamente “que se relacionem com crianças normais”. De fato, esta pode ser uma meta extremamente difícil e que só se atinge em parte, depois de vários anos de escolarização integrada. Ao contrário, os êxitos acadêmicos podem estar ao alcance das crianças a que nos referimos, e são muito importantes para o seu desenvolvimento, porque proporcionam um desaguadouro para compensar suas limitações sociais e inclusive para reduzi-las parcialmente pela via indireta dos êxitos educativos.

No caso das crianças pequenas autistas, a professora ou o professor em particular pode ter um papel muito mais decisivo que a escola. Ocorre muitas vezes que uma professora comprometida com o caso, que cria fortes laços afetivos com a criança, exerce uma influência enorme em seu desenvolvimento, e é quem “começa a abrir a porta” do mundo fechado do autista, por meio de uma relação intersubjetiva, da qual resultam intuições educativas de grande valor para o desenvolvimento da criança.

Todas as escolas e todos os professores que atendem crianças com transtornos globais do desenvolvimento requerem apoio externo e orientação por especialistas nesses casos. É imprescindível para eles a orientação por parte de assessores com bom nível de formação. Com muita frequência, há sentimentos de frustração, ansiedade e impotência nos professores que não contam com apoios suficientes.

Também é imprescindível a estreita colaboração entre a família e o professor – na realidade, o conjunto da escola. Numerosas pesquisas psicopedagógicas demonstraram que o envolvimento da família é um dos fatores mais relevantes no êxito das tarefas educacionais e terapêuticas com crianças autistas.

A resposta educativa

Aspectos curriculares, em particular no âmbito da comunicação, da linguagem e das habilidades sociais

Desde os anos 1980, os procedimentos para desenvolver a comunicação e a linguagem

nas crianças autistas mudaram muito. Os sistemas atuais (ver Hernández Rodríguez, 1995) têm essencialmente um estilo pragmático e funcional. Propõem-se antes de tudo a desenvolver a comunicação e podem utilizar códigos alternativos (principalmente sinais manuais) à linguagem verbal. Incluem, como pontos importantes, estratégias de generalização aos contextos naturais de relação da criança. Atêm-se a um enfoque essencialmente “positivo” da comunicação, cujo valor gratificante – de meio para conseguir coisas, situações, relações, etc. – se acentua.

Mencionaremos apenas dois sistemas – que são muito compatíveis entre si – projetados especificamente para proporcionar instrumentos de comunicação para crianças autistas:

1. O método TEACCH, *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children* (Watson et al., 1989) de ensino da comunicação espontânea e
2. o programa de comunicação total de Benson Schaeffer e colaboradores (1980).

1. O método TEACCH pretende desenvolver as habilidades comunicativas e seu uso espontâneo em contextos naturais em crianças com TGD. Emprega para isso tanto a linguagem verbal como modalidades não orais, e não oferece propriamente uma programação, mas um guia de objetivos e atividades com sugestões de como avaliá-las e programá-las. Para isso, diferencia cinco dimensões nos atos comunicativos:

1. Função.
2. Contexto.
3. Categorias semânticas.
4. Estrutura.
5. Modalidade.

As dimensões anteriores servem para programar os objetivos de desenvolvimento comunicativo em cada uma delas e como chaves importantes no procedimento de ensino. Por exemplo, uma ideia importante do TEACCH é que não se deve modificar mais de uma dimen-

são quando se estabelece um novo objetivo comunicativo (quando se quer ensinar uma nova categoria semântica, como a de “atributo”, por exemplo, não se deve modificar nem o código, nem as funções, nem as estruturas, nem os contextos previamente dominados pela criança). As habilidades comunicativas são ensinadas em seções estruturadas individuais, mas também se prevê o ensino incidental, preparam-se os ambientes naturais para que as suscitem, evocam-se em atividades de grupo e se procura fazer com que a família intervenha ativamente em seu ensino e estímulo. Durante toda a aplicação do TEACCH, avaliam-se rigorosamente os êxitos da criança.

2. O programa de comunicação total de Schaeffer e colaboradores (1980) foi de grande utilidade para o desenvolvimento das capacidades comunicativas de muitas crianças autistas. Por um lado, ajudou a terem acesso à linguagem oral crianças que encontravam grandes dificuldades para isso. Por outro lado, proporcionou pelo menos alguns sinais funcionais a muitas outras, cujas limitações cognitivas e linguísticas tornam a linguagem oral completamente inacessível.

Trata-se de um programa em que se empregam, por parte do terapeuta, sinais e palavras simultaneamente (é um sistema “bimodal” ou de comunicação total) e primeiro se ensina a criança a fazer sinais manuais para conseguir os objetos desejados. Diferentemente de procedimentos anteriores, que acentuavam o aspecto receptivo (“compreender”) da linguagem, neste se enfatiza o expressivo (fazer por meio de sinais). O programa inclui várias fases, definidas essencialmente pelo êxito de atividades pragmáticas ou funcionais (expressar desejos, realizar atos simples de referência, desenvolver conceitos pessoais, habilidades de pesquisa e abstração com sinais ou palavras), e seu objetivo final é desenvolver a linguagem oral, para isso se possibilita que a criança aprenda primeiro sinais, depois complexos sinal-palavra e finalmente (ao desaparecerem os sinais) palavras.

Há várias razões pelas quais tal programa é muito útil com muitas crianças com TGD, inclusive de níveis cognitivos muito baixos. Em primeiro lugar, não requer imitação (os sinais

se produzem no início com ajuda total). Além de ajudar a criança a descobrir que age sobre o mundo com sinais, baseia-se essencialmente em uma “estratégia instrumental”. Favorece o desenvolvimento de intenções comunicativas e fundamenta-se no processamento visual, em que as crianças autistas costumam ter mais capacidade.

Aspectos metodológicos e estratégias básicas de ensino de crianças autistas e com TGD

A partir dos anos 1970, realizaram-se inúmeras pesquisas sobre os fatores que podem ajudar a aprendizagem das crianças autistas e as estratégias de ensino adequadas para elas (Rivière, 1984; Rivière e Canal, no prelo; Koegel e Koegel, 1995; Schreibman, 1988). De maneira geral, há um consenso de que os procedimentos de ensino utilizados devem cumprir uma série de condições, e de que pequenos desvios em relação ao marco adequado de aprendizagem, no caso das crianças com TGD, podem ter consequências muito sérias em seu desenvolvimento. Powers (1992) destacou alguns dos componentes principais que devem ter os métodos educativos com crianças autistas:

1. Ser estruturados e baseados nos conhecimentos desenvolvidos pelas modificações de conduta.
2. Ser evolutivos e adaptados às características pessoais dos alunos.
3. Ser funcionais e com uma definição explícita de sistemas para a generalização.
4. Envolver a família e a comunidade.
5. Ser intensivos e precoces.

Especialmente no caso das crianças autistas em idades pré-escolares, os contextos educacionais de tratamento individualizado várias horas ao dia – alguns pesquisadores sugerem entre 30 e 40 horas semanais (ver Olley et al., 1994) – podem ser de grande eficácia e modificar substancialmente o prognóstico de longo prazo do quadro. Por outro lado, tam-

bém é certo que os ambientes menos restritivos, que implicam oportunidades de relações com iguais, demonstraram ser eficazes para promover as competências sociais das crianças autistas (Koegel e Koegel, 1995). Evidentemente, as orientações de “tratamento individualizado oito horas por dia” e “ambiente minimamente restritivo” são difíceis de compatibilizar. A oferta ideal na idade pré-escolar é a de integração em uma escola de educação infantil, mas com apoio permanente, tanto em situações de grupo como em condições de tratamento individualizado.

Nas primeiras fases de ensino, ou nos casos de crianças autistas com quadros graves ou níveis intelectuais muito baixos, os processos de aprendizagem sem erros, e não por tentativa e erro, são os mais eficazes. Demonstrou-se que a aprendizagem por tentativa e erro diminui a motivação e aumentam as alterações de conduta (Rivière, 1984). Para estimular uma aprendizagem sem erros, é necessário seguir certas normas:

1. Assegurar a motivação.
2. Apresentar as tarefas somente quando a criança atende, e de forma clara.
3. Apresentar tarefas cujos requisitos já foram adquiridos antes e que se adaptam bem ao nível evolutivo e às capacidades da criança.
4. Empregar procedimentos de ajuda.
5. Proporcionar reforçadores contingentes, imediatos e potentes.

A falta de motivação, em muitos casos de autismo, pode ser o problema mais difícil que o professor enfrenta. Tal fato está relacionado com uma das dimensões de que falávamos ao definir o espectro autista, a saber, a dificuldade de “dar sentido” à própria atividade. O emprego de modelos concretos de como deve ser o resultado final da atividade de aprendizagem pode ser útil para ajudar as crianças autistas a compreender o sentido do que lhes é solicitado. Propuseram-se também outros métodos para aumentar a motivação, como o reforço de aproximação do objeto educativo desejado, a escolha por parte da criança dos mate-

riais educativos, o uso de tarefas e materiais variados, o emprego de reforços naturais (isto é, relacionados com a atividade que se pede) e a mistura de atividades já dominadas com outras em processo de aquisição (Koegel e Koegel, 1995).

Outra dificuldade importante para a aprendizagem das crianças autistas é o fenômeno da “hiperseletividade”, ou seja, a tendência para basear-se em aspectos limitados (e frequentemente não relevantes) dos estímulos e a submeter sua conduta a tais aspectos (Lovaas, Schreibman, Koegel e Rehm, 1971). Para evitar os efeitos da hiperseletividade, foram propostos dois tipos de estratégias: exagerar os aspectos relevantes do estímulo (por exemplo, apresentar um objeto muito grande e outro muito pequeno para ensinar a distinção entre grande e pequeno), ou ensinar diretamente a responder a questões múltiplas (Koegel e Koegel, 1995).

Nos últimos anos, e em particular para as crianças autistas com capacidades simbólicas de linguagem, demonstraram-se procedimentos eficazes que implicam auto regulação, por parte do próprio aluno, de suas iniciativas positivas e autocontrole das condutas menos adaptativas. Esses procedimentos podem ajudar a diminuir a grande dependência que muitas crianças autistas têm em relação aos adultos que as cuidam e, conseqüentemente, também o estresse e as dificuldades psicológicas que causa a esses adultos a dependência permanente das crianças autistas, ou os sentimentos de culpa quando não estão envolvidos com elas (Koegel, Koegel e Parks, 1995).

A necessidade de proporcionar ambientes estruturados e previsíveis e contextos diretivos de aprendizagem é amplamente justificada – e tanto mais quanto mais grave é o autismo ou mais sério o atraso de que é acompanhado – na pesquisa sobre o ensino de crianças autistas (Rivière, 1984). Esse alto nível de estrutura, porém, pode aumentar as dificuldades de generalização. No caso de autismo e TGD, não apenas se deve programar a aquisição de capacidades-habilidades novas, como também sua generalização funcional aos contextos adequados. Empregaram-se procedimentos de en-

sino de habilidades em novos contextos, sistemas que facilitam o reconhecimento das recompensas de exercer as habilidades adquiridas em situações distintas às de aquisição e procedimentos de auto regulação (Koegel, Koegel e Parks, 1995).

Nos últimos anos, desenvolveu-se o uso de “agendas” nos contextos de aprendizagem das crianças autistas. Trata-se de procedimentos que implicam o registro (gráfico ou escrito) de sequências diárias de atividades e, frequentemente, o resumo simples de acontecimentos relevantes no dia. Facilitam a previsão e a compreensão das situações, inclusive para autistas de nível cognitivo relativamente baixo, com os quais se devem usar vinhetas visuais como chaves de organização do tempo. As agendas têm efeitos positivos na tranquilidade e bem-estar das crianças autistas, favorecem sua motivação para a aprendizagem e contribuem para dar ordem ao seu mundo.

É importante que esse mundo seja o menos restritivo possível. As pesquisas dos últimos anos sobre os efeitos da integração no desenvolvimento de crianças autistas apresentam dados promissores: as crianças integradas estabelecem relações que lhes oferecem oportunidades de adquirir habilidades sociais e comunicativas, estão constantemente expostas a modelos de iguais que lhes proporcionam caminhos para aprender, generalizam com mais facilidade suas aquisições educacionais e aumentam suas probabilidades de um maior ajuste social a longo prazo (Koegel e Koegel, 1995). Nos casos de autismo, como de outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, só se deve recorrer a soluções de segregação escolar quando for muito evidente que as vantagens dos contextos extremamente individualizados, diretos e específicos são superiores às da integração. Isso só acontece em casos bastante graves, de níveis intelectuais muito baixos, que apresentam deficiências bastante significativas de atenção, alterações de conduta dificilmente controláveis ou perfis hiperativos muito difíceis de regular em contextos mais naturais de aprendizagem.

Os recursos pessoais e materiais

As escolas específicas para crianças autistas só se justificam se cumprem estas três condições:

1. Um colegiado composto de especialistas em autismo e TGD, com altos níveis de destrezas na educação e tratamento de crianças que apresentam esses quadros.
2. Pequeno número de alunos por professor (normalmente, três a cinco).
3. Especialistas em audição e linguagem, eventualmente em psicomotricidade ou fisioterapia, e pessoal complementar de apoio.

Nessas escolas – que costumam ser e devem ser para muito poucos alunos – é preciso assegurar um tratamento individualizado durante períodos longos de tempo. A perda das vantagens que podem ter os ambientes menos restritivos só é aceitável nos casos de crianças (geralmente de idades sociais muito baixas) que têm de adquirir em bloco capacidades e destrezas que as crianças normais desenvolvem em contextos de aprendizagem incidental, por meio de relações com adultos completamente individualizadas, mais semelhantes à criação do que à educação formal.

Não são apenas as escolas específicas que requerem recursos especiais para atender as crianças autistas. Quando a integração em escolas regulares ou a incorporação a escolas especiais, mas não específicas de autismo, não é acompanhada de recursos pessoais suficientes, o fracasso é muito provável. Pode-se dizer com certeza que *todas* as crianças com autismo, independentemente de sua opção escolar, requerem atenção específica e individualizada a seus problemas de comunicação e de linguagem e a suas dificuldades de relação. Quase sempre é necessária a atenção de professores de apoio e de especialistas em audição e linguagem, com uma capacitação específica em procedimentos de tratamento para crianças autistas e com TGD. Além disso, também é imprescindível uma tarefa de apoio e estruturação, de coor-

denação dos sistemas de ajuda e educação por parte de um assessor, se possível especializado nessa área.

As atividades de sensibilização dos professores, relação estreita com as famílias, formação e sensibilização dos próprios colegas das crianças autistas exigem um acompanhamento dedicado, prolongado, por parte da pessoa encarregada da orientação psicopedagógica das crianças com transtornos do espectro autista. Embora essa fórmula tenha sido pouco testada, pode ser conveniente a existência de escolas que realizem “integração específica” de crianças com TGD, favorecendo uma preparação maior dos colegas e uma sensibilidade maior das próprias crianças normais que frequentam essas escolas, além de uma concentração de recursos educacionais e pessoais.

A educação das pessoas com autismo e outros transtornos profundos provavelmente exige mais recursos do que são necessários em qualquer outra alteração ou atraso evolutivo. Às vezes, embora ocorram aquisições funcionais e um abrandamento dos traços autistas, os progressos são muito lentos. Aparentemente, podem ser mínimos quando comparados ao quadro do desenvolvimento normal. O problema da educação das crianças autistas não pode ser compreendido apenas em termos econômicos. Trata-se, na realidade, de um problema essencialmente *qualitativo*. A alienação autista do mundo humano é um desafio sério, pois nosso mundo não seria propriamente humano se aceitasse passivamente a existência de seres que, sendo humanos, são alheios.