

**APRENDIZAGENS DA CRIANÇA AUTISTA E SUAS RELAÇÕES
FAMILIARES E SOCIAIS: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS**

Estudo de Caso

GILCA MARIA LUCENA KORTMANN

Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Neuropsicologia,
apresentado
como requisito para obtenção do grau de Especialista pelo Programa de Pós
Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.
Sob orientação da
Profª. Drª. Graciela Inchausti de Jou

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Porto Alegre, janeiro de 2013

SUMÁRIO

RESUMO	2
ABSTRACT	3
I - INTRODUÇÃO	4
II - MÉTODO	9
2.1 DELINEAMENTO	9
2.2 PARTICIPANTES	9
2.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	10
III – RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
3.1 DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO DA CRIANÇA	11
3.2 IMPACTO DO TRANSTORNO NA FAMÍLIA.....	14
3.3 INCLUSÃO DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INCLUSIVA	17
IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS	26
ANEXOS	29

RESUMO

O comprometimento das aprendizagens e do desenvolvimento das relações sociais são aspectos presentes na vida de indivíduos autistas. Assim, o desenvolvimento cognitivo de um autista foge do trivial, havendo a necessidade de adaptação do núcleo familiar ao qual o indivíduo pertence, bem como ajustamentos dentro da escola e ambientes sociais onde está inserido. O presente trabalho apresenta um estudo de caso longitudinal de um menino com autismo que chegou a nosso atendimento com três anos de idade. Nosso objetivo é descrever o desenvolvimento e a aprendizagem dessa criança, sua relação com a família e com a escola. Com tal finalidade, foram utilizados como dados os escritos do prontuário da clínica em que constam atendimentos feitos com o mesmo e sua família, a Anamnese, o CARS e o Inventário de Perez Ramos. Depois da primeira consulta quando observamos a conduta do menino, fizemos o encaminhamento ao médico neuropediatra e psiquiatra infantil para obter um diagnóstico. Utilizamos em nossos encontros de atendimento o enfoque sistêmico, escutando a família na queixa, na anamnese, e traçando estratégias educativas que pudessem dar a ambos (criança e família) melhor entendimento. Após reorganização do menino, encaminhamos o mesmo para frequentar a escola regular de educação inclusiva, com nosso acompanhamento, e da equipe multidisciplinar da clínica em que atuamos. Hoje o menino com 11 anos está no 5º ano de uma escola particular de uma cidade da região metropolitana, com adequado desempenho escolar.

Palavras-chave: autismo, aprendizagem, desenvolvimento cognitivo, família.

ABSTRACT

The impairment of the learning and development of social aspects are present in the lives of autistic individuals. Thus, the cognitive development of an autistic escapes from commonplace, thus requiring adjustment of the family to which the individual belongs, as well as adjustments in school and social environments in where he operates. This paper presents a longitudinal case study of a boy with autism who came to our attention when he was three years old. Our goal is to describe the development and learning of the child, his relationship with the family and the school. For this, we used data as the writings of the records contained in clinical care and made with the same family, anamnesis data, the CARS and Inventory Perez Ramos. After the initial consultation when we observe the conduct of the boy, we made the doctor made the referral to pediatric neurologist and child psychiatrist for a diagnosis. We use the systemic approach in our meetings answering, listening to family's complaint, medical history, and plotting educational strategies that could give both (child and family) better understanding. After reorganizing the boy forwarded the same to attend regular school inclusive education, with our monitoring, and multidisciplinary clinic in which we operate. Today the boy is 11 years in the 5th year in a private school in a town in the metropolitan area, with adequate school performance.

Keywords: autism, learning, cognitive development, family.

I – INTRODUÇÃO

A produção desta pesquisa justifica-se pela necessidade de contribuir com familiares e professores de crianças com transtorno global do desenvolvimento, ajudando assim para reflexão sobre suas práticas educativas inclusivas. Assim, nosso objetivo foi o de descrever o desenvolvimento da criança com autismo, o processo de inclusão na aprendizagem formal, bem como, o impacto desse transtorno na família. A criança e sua família participam há oito anos de atendimento de reeducação e reinserção social em uma clínica particular na grande Porto Alegre.

As questões que discutimos neste artigo emanam de inquietações oriundas de nossa experiência profissional com crianças autistas e dos que com elas convivem: seus familiares e professores. Estudar o autismo é fundamental e relevante em uma sociedade que deseja ser inclusiva justa e igualitária com todos os cidadãos – portadores de deficiência ou não. O autismo é considerado atualmente como uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas em consequência de um distúrbio de desenvolvimento, sendo caracterizada por déficit na interação social (...), usualmente combinado com déficits de linguagem e alterações de comportamento (Gilbert apud Sprovieri & Assumpção, 2001). Apesar das dificuldades comuns, o autista, de sua maneira, consegue estabelecer relações sociais, sendo necessário que todos os indivíduos presentes neste meio o compreendam, pois isso não se dá de uma maneira trivial.

De acordo com o CID 10 (OMS, 1993), a síndrome do autismo é classificada como um transtorno invasivo do desenvolvimento, porém outros distúrbios também são classificados dentro do quadro autístico, sendo eles a síndrome de Asperger, autismo atípico, transtorno de Rett, transtorno degenerativo da infância, cada uma com sua especificidade e tratamentos diferenciados para ampliar o desenvolvimento do sujeito na sociedade. Muitos são os estudiosos que descrevem a temática do autismo e toda a variabilidade de situações que o tema expõe entre eles (Gauderer,1993; Brune,2006; Gadia,2006; Girodo, Correa & Lourenço das Neves, 2008).

O autismo se manifesta de maneira grave, durante toda vida é incapacitante e aparece nos três primeiros anos de vida; acomete cerca de cinco entre cada dez mil nascidos e é quatro vezes mais comum entre meninos do que em meninas. É uma enfermidade encontrada em todo mundo e em famílias de toda configuração racial, étnica e social. Não se conseguiu provar nenhuma causa psicológica no meio ambiente dessas crianças que possa causar autismo. Os sintomas são causados por disfunções físicas do cérebro, verificados pela anamnese ou presentes no exame ou entrevistas com o indivíduo (Gauderer,1993).

O autismo é um distúrbio do comportamento de início precoce e curso crônico, com impacto variável em áreas múltiplas e nucleares do desenvolvimento. É caracterizado por prejuízos na interação e nas comunicações sociais, com restrita gama de interesses, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados e maneirismos (Brune, 2006).

O termo Autismo vem do grego “autos” que significa de si mesmo, e encontramos nos estudos de Carlos Gadia (2006), dados que descrevem o uso da expressão autismo em 1911 por Bleuler, ao designar a perda de contato com a realidade, do que decorria grande dificuldade ou impossibilidade na comunicação.

Em 1943, Leo Kanner descreveu 11 casos clínicos, que chamou de distúrbios autísticos (Kanner,1943), nos quais enfatizou incapacidade de relacionar-se desde o nascimento, além de insistência na monotonia e respostas incomuns ao ambiente, que incluíam maneirismos motores, estereotípias, resistência à mudança, inabilidade para estabelecer contato afetivo e interpessoal. Gadia (2006) relata que Hans Asperger um ano após os estudos de Kanner, descreveu outros casos de crianças semelhantes ao autismo em termos de dificuldades interativas e sociais, mas que apresentavam inteligência normal, o que chamou de Síndrome de Asperger.

A Síndrome de Asperger é um transtorno de múltiplas funções do psiquismo com afetação principal na área do relacionamento interpessoal e comunicação, embora a fala seja relativamente normal. Há ainda interesses e habilidades específicas, o comportamento estereotipado e repetitivo muitas vezes, extrema rigidez a mudanças, com o discurso incomum, e com modos bizarros de comunicação, embora com façanhas extraordinárias no campo da memória repetitiva e das habilidades visuais.

A Síndrome de Asperger (SA) é uma das entidades categorizadas pelo CID-10 no grupo dos Transtornos Invasivos, ou Globais, do Desenvolvimento – F84 e que todas elas iniciam invariavelmente na infância e com comprometimento no desenvolvimento além de serem fortemente relacionadas à maturação do SNC. Pode-se dizer também que a SA é o transtorno menos grave do continuum autístico e quem as possui não têm déficit cognitivo. Pelo fato de ocasionar imensas confusões de diagnóstico, a partir de 2010, a American Psychiatric Association divulgou a proposta para o DSM-V, onde a Síndrome de Asperger desaparece como diagnóstico distinto, passando a estar incluída no espectro autista.

Encontramos nos estudos de Girodo, Correa e Lourenço das Neves (2008), aspectos etiológicos que descrevem o autismo com causas multifatorial com forte influência genética. Associada ainda a esclerose tuberosa, anormalidades cromossômicas, síndrome do X frágil, e infecções pré-natais por influenza, e citomegalovírus. Os mesmos autores revelam em seus estudos a correlação entre mães que tiveram sangramento materno após o primeiro trimestre de gravidez e mecônio no líquido amniótico; relatam ainda o nascimento de crianças com diagnóstico de autismo que também possuem alta incidência de síndrome de sofrimento respiratório e anemia neonatal.

Rapin e Tuchman (2009) nos trazem em seus estudos a correlação entre o autismo e a rubéola intra-uterina ou a esclerose tuberosa. Os autores descrevem também uma série de sinais entre eles, a marcha na ponta dos pés e descontrole motor, problemas relacionados ao sono ou aumento da ansiedade e déficit interativo. Em seus estudos correlacionam também co-morbidades neurológicas como epilepsia, síndrome de Tourette, hiperatividade, déficit de atenção, linguagem inadequada, estereotípias e alterações de habilidades sociais.

Gadia (2006) em seu artigo nos chama atenção para alterações anatômicas estruturais no sistema nervoso central da criança com autismo, tanto no cerebelo (hipoplasia dos lóbulos VI e VII do vermis cerebelar) quanto no sistema límbico, observadas ao redor da trigésima semana de gestação, e também na anormalidade mini colunar cerebral. O autor ainda informa que o grau de hipoplasia em crianças autistas, pode estar correlacionado com respostas de atenção mais lentas a estímulos visuais quando se utiliza um paradigma espacial de atenção, que de acordo com a literatura, sugere ter o cerebelo importante papel no autismo.

Silva, Gaiato e Reveles (2012), relatam alterações nas funções executivas ou do lobo frontal em autistas, relatando em seus escritos a dificuldade que as crianças autistas têm em planejar tarefas, inibir respostas irrelevantes, de controlar suas ações e de encontrar estratégias diferentes para resolver problemas. As funções executivas são responsáveis pelas informações, planejamento, e execução das atividades, e a inflexibilidade do autista a mudanças bem como dificuldade nas relações interpessoais podem estar associadas a alterações das funções executivas.

Estudos relacionados ao campo de potenciais evocados auditivos no tronco cerebral sustentam a hipótese de que o processamento da linguagem auditiva é problemático em crianças com autismo (Klin,1993; Kleinet, 1995; Dunn & Bates, 2005). Os autores sugerem que a falta do efeito de intensidade em combinação com a prolongação do N1, pode refletir um processamento mais lento dos estímulos linguísticos em crianças com autismo devido às taxas de maturação.

Já Rapin e Tuchman (2009) descrevem em seus estudos dados sobre a epilepsia em crianças e adultos com autismo. O pico da prevalência ocorre no início da infância e de novo na adolescência. Atentam os autores que crianças com autismo têm muitos comportamentos do tipo convulsão que não são epilepsias, e o EEG em vídeo é recomendado para confirmar se esses comportamentos são de fato epilépticos.

Com relação aos aspectos familiares, Gauderer (1993) enfatiza o envolvimento dos pais de crianças autistas, porque, na história do movimento da saúde mental, há poucos exemplos de uma categoria diagnóstica tão mal compreendida quanto o Autismo infantil. Num passado não muito distante, acreditava-se segundo ele, que o autismo era um isolamento emocional da criança para defender-se de pais patológicos das classes sociais mais altas.

Sanches (2004) investigou o sistema familiar e avaliação de sintomatologia em mães de crianças autistas atendidas em psicoterapia, e comparou com mães de crianças autistas sem atendimento psicoterapêutico. A pesquisadora avaliou a sintomatologia depressiva, o suporte familiar a solução de problemas, comunicação, papéis e funções, receptividade afetiva, envolvimento afetivo, controle comportamental e funcionamento geral da família. Os resultados mostraram que no grupo sem atendimento, frente aos eventos estressantes, a família era menos organizada em seu funcionamento e menores eram as habilidades em solucionar os problemas e envolvimento entre eles. Em relação ao grupo com atendimento, a autora afirma que as mães conseguiram um

funcionamento mais organizado, mostraram maior adaptação nos cuidados com seus filhos, e desenvolveram ao longo do tempo estratégias de controle pertinentes no cuidado com seus filhos e com toda rede social, apresentando menos estresse que as mães que não contaram com apoio psicoterápico. Este trabalho mostra quanto o transtorno pode desajustar o núcleo familiar e quanto este precisa de orientações para superar as situações desconhecidas e estressantes.

Outro aspecto importante com relação ao desenvolvimento das crianças autistas é a capacidade de aprendizagem. A esse respeito, Gadia (2006) enfatiza que cada autista tem seu estilo de aprendizagem, portanto, eles devem receber um programa individualizado de intervenções intensivas, O autor aponta para a necessidade de intervenções educacionais inclusivas a serem estimuladas em crianças autistas, principalmente, aspectos relacionados a linguagem, responsabilidade social e capacidade adaptativa.

A temática educação inclusiva vem sendo estudada no Brasil desde a Constituição Federal de 1988 e as Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394/96. Elas estabelecem que a educação é direito de todos e que as pessoas com necessidades especiais devem ter atendimento educacional preferencialmente na rede regular de ensino. No ano de 2007, ocorreu em Brasília a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, onde consta no Artigo 24:

“Os Estados reconhecem o direito das pessoas com deficiência à educação. Para efetivar esse direito sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, os Estados, assegurarão sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida”.

Por isso, muitos autores têm pesquisado e debatido sobre o assunto, como Enicéia Gonçalves Mendes (2011), Hildete Pereira dos Anjos (2009), Camila Gioconda de Lima Menezes (2008) e Vanessa K. Ortiz (2004). No presente estudo de caso serão analisados os diferentes aspectos revisados nesta introdução.

II - MÉTODO

2.1. Delineamento

O estudo foi realizado através de uma abordagem qualitativa, com a utilização de um caso de atendimento clínico descrito em nossos prontuários. Observou-se o desenvolvimento de uma criança autista, sob os aspectos de estímulo familiar, relacionamento cognitivo e social, comunicação e afetividade. Além disso, a sua inserção inclusiva na escola de educação básica é relatada neste estudo.

Compreende-se estudo de caso como uma investigação que se detém sobre uma situação específica supostamente única em muitos aspectos, com o intuito de descobrir o que é essencial e característico no caso estudado (Ponte, 1994).

O estudo por hora apresentado baseou-se em observações que foram realizadas duas vezes por semana desde 2005 até o presente momento no período da manhã em uma clínica de atendimentos a crianças com defasagens em seu desenvolvimento e aos seus familiares para orientação.

2.2. Participante

Participou deste estudo um menino com idade cronológica de três anos ao chegar a nossa clínica e com posterior diagnóstico de autismo. Hoje o menino está com 11 anos e frequenta o quinto ano de uma escola particular de uma cidade da região metropolitana, com adequado desempenho escolar. Sua família nuclear é composta do casal com união estável há vinte e dois anos e uma filha de vinte e um anos quando nasceu o menino. A criança frequenta a clínica uma vez por semana, em atendimento multidisciplinar de uma equipe composta por psiquiatra, neuropediatra, geneticista, psicólogos, psicopedagogos, educadores especiais, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogos.

2.3. Instrumentos e procedimentos

Estes dados foram retirados do prontuário do menino com a autorização da família que assinou o Termo de consentimento Livre esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução 196/96 CNS/MS (ANEXO A), ao explicarmos que usaríamos o caso para estudo, preservadas as devidas proporções.

Utilizamos na época de recebimento da família de entrevista anamnese, instrumento que tem por objetivo rastrear dados da história vital do bebê, da gravidez ao primeiro ano de vida, nos aspectos de desenvolvimento global da criança.

Utilizamos também a técnica de genograma cruzado com o objetivo de conhecer a família de origem e suas repetições sistêmicas. Mcgoldrick (1995) nos explica que os genogramas nos proporcionam uma visão de um quadro trigeracional da família e de seu movimento através do ciclo de vida, nos permitindo elucidar a estrutura do ciclo familiar e sua interpretação através do genograma.

Outro instrumento utilizado inicialmente quando da chegada do menino foi o CARS-(Childhood Autim Rating Scale) de Eric Schopler,R.J.,Reichler e Bàrbara Rochen Renner Escala de Traços Autísticos foi respondida pelos pais da criança. Esta escala comportamental é composta por quinze itens, desenvolvida para identificar crianças com síndrome autista, permitindo ainda uma classificação clínica da sua gravidade desde ligeiro a moderado e severo. O tempo médio de aplicação foi de 45 minutos. A escala é pontuada da seguinte forma. Cada subescala da prova tem um valor de 1 a 4 pontos. Então, pontua-se a escala positiva no momento em que um dos itens for positivo. A pontuação global da escala se faz a partir da soma aritmética de todos os valores positivos da subescala. Foi solicitado aos pais responderem esta escala focando os comportamentos observados no primeiro ano de vida, ou seja, de forma retrospectiva (ANEXO B).

Da mesma forma, utilizou-se a escala de desenvolvimento infantil adaptado de Pérez Ramos sobre estimulação precoce e orientação aos profissionais, com a finalidade de subsidiar a orientação para a família do menino e os professores que iriam a interagir no seu desenvolvimento.

III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Desenvolvimento e Comportamentos da criança

Os dados relatados a seguir foram obtidos do prontuário do paciente, da anamnese inicial e da observação de campo realizadas a cada atendimento.

O menino chegou a nosso atendimento sem diagnóstico definido e cuja família vinha de uma peregrinação por médicos pediatras que diziam “que a agitação do menino era pelo fato dele ser filho menor, e que o comportamento do mesmo iria melhorar” Sic dados mãe.

Observamos a conduta do menino e fizemos encaminhamento ao médico neuropediatra e psiquiatra infantil para averiguação do fato que diagnosticou à criança com autismo, tipo Asperger.

Do laudo constam os seguintes dados transcritos da pasta do paciente na época:

“O menino apresenta CID 10: F84.0, apresenta quadro de transtorno global do desenvolvimento (autismo/Asperger) com dificuldades na fala, hiperatividade, já fez avaliações com otorrinolaringologista e com neurologista onde fez exames de neuroimagem e eletroencefalograma. O EEG realizado deu normal, a ressonância encéfalo também deu normal, potencial evocado auditivo normal”. Foi indicada terapia com estimulação precoce, sessões de fonoaudiologia, aconselhamento aos pais, e acompanhamento também do neuropediatra e do psiquiatra. Nesse momento iniciou-se o tratamento com Risperidona com a finalidade de controlar comportamentos impulsivos, já observados nas avaliações.

A criança com 3 anos e 2 meses passa a frequentar a clínica para nosso acompanhamento, e da equipe multidisciplinar, composta por psiquiatra, neuropediatra, geneticista, psicólogos, psicopedagogos, educadores especiais, fonoaudiólogos. Demos início às observações da conduta do menino e as entrevistas com os pais.

A queixa, não é apenas uma frase falada no primeiro contato, ela precisa ser escutada ao longo de diferentes sessões diagnósticas, sendo fundamental refletir-se sobre seu significado. Ao longo do processo, ela vai se transformando e se revelando de menor importância, ao mesmo tempo em que vai surgindo um motivo latente que realmente mobilizou os pais para consulta (Lucia Weiss, 1992).

A queixa da família referia-se a sua desorganização, sua agitação psicomotora e a dificuldade do manejo da conduta em casa, seguindo-se ao fato de não conseguir dormir “chorava o dia e a noite toda” “os médicos diziam: isso passa mãezinha não se assuste” sic mãe.

A mãe reporta que quando engravidou do menino ela tinha 40 anos, fazia tratamento para tireóide, mas engravidou de surpresa, ela reportou que quando foi fazer ecografia já estava com dois meses de gestação, e descobriu que eram trigêmeos e que dois já tinham morrido, mas o organismo não expeliu os fetos e um estava bem, e se desenvolvendo normalmente. A mãe cita ter feito inúmeras ecografias para acompanhamento do bebê que sobrevivera, precisando fazer parto cesariana. O bebê nasceu com Apgar dez (o score Apgar remete aos indicadores de vitalidade aplicada a bebês recém-nascidos, para identificar riscos de complicações neonatais, Rolak, 1995). Os outros dois fetos apresentaram-se colados à placenta. Ficaram no hospital por três dias, e o bebê saiu mamando no peito, e dormindo o tempo todo. Aos vinte dias apresentou refluxo até um ano; com o refluxo veio o choro, aos dois meses teve a primeira convulsão. Rapin e Tuchmann (2009) enfatizam que os estudos sobre autismo exigem a utilização de registros históricos relativamente completos, como registro de parto, nascimento. Como vemos no presente caso, esses registros forneceram dados fundamentais para a compreensão do desenvolvimento da referida criança autista.

Com onze meses falou algumas palavras, e caminhou com um ano. Com um ano e oito meses foi totalmente independente nas fraldas, ia sozinho ao banheiro, mostrando um desenvolvimento precoce das funções do desenvolvimento. Mas logo, parou de falar, de chorar e não conseguia dormir. Ele, como a mãe relata, caminhava a noite toda, e a família se revezava nos cuidados com o mesmo. Neste momento, a família reporta que desistiram de procurar pediatras e procuraram auxílio com outros profissionais, chegando a nosso atendimento por indicação de conhecidos.

Weiss (1992) considera a entrevista anamnese como um dos pontos cruciais para um bom diagnóstico, possibilitando a integração das dimensões de passado, presente e futuro do paciente, permitindo perceber a construção ou não de sua própria continuidade e das diferentes gerações, pois a visão familiar da história de vida do paciente traz em seu bojo seus preconceitos, normas, expectativas, a circulação dos afetos e do conhecimento, além do peso das gerações anteriores que é depositado sobre o paciente.

Das observações iniciais em nosso atendimento foi registrado que o menino tinha um biotipo de acordo com as medidas ponderal e estatural. Era de estatura normal para três anos, pouco acima do peso, olhos espertos e movimentava-se com agilidade exagerada e improdutiva, em função da ansiedade e da hiperatividade.

Apresentava movimentos hipertônicos como jogar-se à cadeira ou ao chão, ou esticar-se rigidamente. O nível de atenção por vezes era baixo, mantendo-se ligado na tarefa por pouco tempo. A concentração perdia-se, tendendo a “borboletear” de um objeto a outro com uma manipulação exploratória pouco produtiva. No âmbito das emoções a impulsividade era marcante. A vinculação afetiva era atípica sempre nos momentos que deseja algo.

Alguns estudos vêm mostrando que é normal para o autista ficar irritado por não conseguir expressar o que pensa, sendo que, em determinados momentos, também manifesta atitudes sem coerência social, como o fato de “bater a cabeça na parede”, cuspir aos que estão a sua volta. Quando lhe chamado a atenção para não repetir a ação, o mesmo manifesta agressividade, querendo dar continuidade ao que estava fazendo (Kortmann, 2006)

Quanto à linguagem, observou-se que suas palavras não tinham formação completa e nem sempre um sentido real, porém, a maneira que utiliza para expressar seus sentimentos, com outros recursos comunicativos – gestos, ilustrações ou mesmo seu olhar – propicia ao sujeito uma inserção social um pouco mais igualitária e compreensiva.

Os relatos da família revelam ainda, que a criança nos primeiros anos escolares apresentava balanceio estereotipado do corpo, corridas e pulos em giro, gritos e choros, sono alterado, alimentação priorizada, só comia arroz, ia mudando suas preferências

alimentares. Isso ainda ocorre, (em relação á alimentação) e continua assustando e desorganizando muito seus pais.

A inapetência alimentar do menino estudado e de outras crianças com autismo mostra que os mesmos possuem rituais nas relações que estabelecem com os demais e com os objetos do dia a dia, o que varia de criança com autismo para outra é a tarefa que elegem para fixar a rotina estabelecida.

3.2. Impacto do transtorno na família

Com relação ao impacto do diagnóstico na família, os pais em especial a mãe do menino em estudo, relataram momentos iniciais de muita tristeza, sentimentos de culpa e angústia recíproca por não quererem acreditar que seu filho pudesse ter algum problema.

Descreveram repetidamente em diferentes momentos os sentimentos de choque, tristeza, angústia, susto, medo e principalmente insegurança diante dos momentos iniciais frente ao diagnóstico, passando pelo momento de adaptação, onde oscilaram entre o desespero e conformismo.

A mãe relatou as dificuldades em lidar com seu filho autista; entendemos o quanto o obstáculo de materná-lo lhe atrapalhava, pois são dificuldades que vão além das dificuldades de um bebê qualquer para dar conta da sua própria imaturidade e, ainda, mais além dos problemas, sua própria patologia, e esses alcançam a dimensão de dificuldades que sua família terá que resolver a partir do seu nascimento.

Quando os pais perceberam a deficiência de seu filho, apareceram vários padrões de reação, como o choro do pai e por horas da mãe, “o luto, lembrando da criança perfeita que esperavam”, procuraram culpados e associaram a fatos que tivessem feito no passado “Por que Deus me castigou?”

O pai optou por afastar-se do trabalho, e também da universidade, para acompanhar o menino no seu desenvolvimento, coube à mãe e a irmã o papel de provedora da casa. Nesta nova tarefa, o pai além de encorajar o menino a comunicar espontaneamente, criando situações que provocaram a necessidade de comunicação, foi mediador levando-o à clínica, à nataçãõ, e fazendo sua adaptação na escola de ensino regular infantil. Quanto à mãe, era bastante difícil a tarefa de mantê-la ligada,

preocupada com o filho, quando este filho apresentava um ritmo excessivamente agitado e fora das expectativas que toda mãe espera.

Frente à fragilidade de pais de autistas de terem que dar conta dos comportamentos diferenciados de seus filhos, os pais procuram explicações e justificativas para esses comportamentos dentro da normalidade. Essa busca faz com que as famílias perambularem por vários consultórios antes de chegar à aceitação e a um vínculo que forneça a aderência ao tratamento necessário (Kortmann, 1997). A autora relata que a deficiência é um transtorno que leva o contexto familiar a viver rupturas, pois tende a interromper suas atividades sociais normais, em função das dificuldades da criança. A família constrói um sentimento de frustração e menos valia diante dos outros a ponto da comunicação conjugal, se torna confusa, aparecendo agressividade em suas relações. O medo e a incerteza passam a ser emoções comuns aos pais, tornando difícil reproduzir normas e valores sociais.

Silva (2012) informam que famílias que adotam bebês, também podem ter bebês com características do autismo que aparecem precocemente, mas esses pais têm dificuldade de perceber esses sinais. Às vezes, com um ano de idade os bebês podem até andar, mas não apontam, compartilham objetos e não falam. Nesse momento de adoção, muitas mães se dedicam a vencer dificuldades e a quebrar preconceitos por toda sua existência. Os referidos autores citam ainda o caso de casais que optam pela fertilização assistida, trazendo esperanças aos casais que enfrentam infertilidade, mas que ao gerarem filhos com autismo, se tornam deprimidas e com relacionamento desgastado, depois de travarem uma luta na conquista de seus sonhos.

A família de crianças com deficiência precisa estar inserida no tratamento da criança em dois aspectos, um relacionado ao campo do instrumental, ou seja, trabalhar as questões do desenvolvimento neuro-senso-percepto-cognitivo e motor da criança e, o outro voltar-se para o resgate psíquico desta criança perdida em seus distúrbios e estereotípias, proporcionando o seu lugar dentro do núcleo familiar.

No presente caso, com relação ao núcleo familiar, a análise do genograma mostrou que a mãe aparece como a figura periférica e o pai e a irmã como figuras de sustentação psíquica no cotidiano. É importante lembrar que a família desenvolve padrões de interações e constitui um sistema tornando os integrantes mutuamente interdependentes. Com isso, não podemos focar apenas na criança autista e sim, no sistema ao qual pertence e na relação desta família com o menino.

Silva (2012) pontua que a avaliação da criança autista feita pelo médico ou algum profissional da área, utilizando alguma escala, consiste na observação criteriosa do conjunto de comportamentos, vivências e na maneira de ser daquela criança. Esse observador deve ter ainda uma bagagem robusta do funcionamento e do desenvolvimento de crianças em geral. Assim, é possível fazer uma análise detalhada daquilo que foge à regra, observar sinais precoces relatados pelos pais, investigar comportamentos nos diferentes contextos e estabelecer vínculos com a criança.

Quanto à escala de observação sistemática dos passos básicos do desenvolvimento da criança em estimulação precoce com informações básicas aos pais e aos profissionais, adaptado por Pérez Ramos (1975), informamos que o inventário foi desenvolvido com a criança, sempre na presença dos pais, para que a família pudesse estar subsidiada de orientações relativas às etapas de desenvolvimento de seu filho.

Das observações em relação a este instrumento, foi possível registrar a dificuldade inicial do menino em vincular-se ao ambiente familiar, clínico e posteriormente escolar. Apresentava constantes fugas do olhar, não respondia ao chamado dos pais nem aos brinquedos do ambiente. Por segundos, aquietava-se a girar a roda do carrinho que estava no baú de brinquedos da clínica. Muitas vezes utilizava-se das mãos do pai ou terapeuta para pegar ou mostrar o que queria. Silva (2012) confirma estas cenas vividas pelo menino quando cita que a criança autista pode usar pais, cuidadores, pessoas do seu convívio íntimo como “instrumentos” para demonstrar o que elas desejam.

Sabemos das dificuldades que as famílias encontram para colaborar e acertar na educação de seus filhos, uma vez que os pais estabelecem um vínculo afetivo profundo com os mesmos, protegem-nos e desejam seu bem-estar. Entre suas funções, imersas na dinâmica do carinho e do cuidado por seu desenvolvimento, estão as de educá-los e de colaborar com a escola inclusiva.

Analisando alguns relatos do impacto do autismo nas famílias, reiteramos que independente de como a vida da criança autista começou, se foi gerada naturalmente, ou adotada ou com a tecnologia da medicina, temos que estar atentos para podermos ajudar essas crianças através da escuta de sua história, de suas características comportamentais e de desenvolvimento ajudando-os em suas psico-educação e inclusões.

3.3. Inclusão da criança na educação inclusiva

A mãe do menino desacreditava na possibilidade de inclusão escolar, por dificuldades da escola em adaptar-se a realidade do menino. A falta de interesse inicial na adaptação das salas de aula, e na adaptação curricular (inicialmente quando a família buscava orientação de onde deixá-lo juntamente com a psicopedagoga que o acompanhava), fez com que a mãe e família ficassem inseguras pelo fato do menino não saber se comunicar direito, e o medo que pudessem judiar dele.

A inclusão escolar tem sido um desafio para professores e educadores de todo o país, já que não existe uma forma única e pré-estabelecida para realizá-la. Sabe-se que é um processo necessário e valioso, mas que ainda necessita de muito empenho e estudo dos profissionais envolvidos. Silva (2012) colabora ao dizer que a fase da alfabetização é desafiador para criança autista pelo fato de muitas delas apresentarem hiperlexia e aprenderem a ler sozinhas antes da fase da alfabetização, mesmo não tendo a representação dos símbolos gráficos. Este fato, fez com que professores e psicopedagogos que atuam na vida de crianças autistas como o menino em estudo, sejam extremamente criativos na adaptação de materiais e inserção das letras.

Mesmo existindo a lei, a mãe deste menino como a mãe das demais crianças com autismo, queixam-se da dificuldade de aceitação da criança por parte dos pais dos demais que olham com descaso e questionam os professores querendo saber se este aluno com deficiência não vai atrapalhar o desenvolvimento do seu filho dito normal.

A educação infantil, como primeira etapa da educação escolar, pode ser entendida como básica na formação e na elaboração do conhecimento de estados mentais (Rivière & Núñez 2001, apud Domingues 2006). Para que o menino pudesse interagir com a professora e com os colegas, aproveitar ao máximo as atividades propostas nas aulas da Educação Infantil e pela escola, foi necessário sentar com direção da escola e professores para orientá-los. Concomitante a isso, a escola realizou modificações na rotina da criança como diminuição do tempo de permanência, evitando os momentos de maior movimento, e na rotina da turma como incluir mais um auxiliar exclusivamente para acompanhar o menino.

Das anotações de campo de esse auxiliar em sala de aula, obtiveram-se dados sobre o processo de inclusão do menino. A partir de nossa intervenção profissional

enquanto equipe e das modificações na escola, o menino passou a ficar mais tempo sentado e não mais deitado como de costume, ou caminhando, agredindo menos os colegas e, apesar da ecolalia conseguiu certa comunicação.

Em determinado dia a professora decidiu levar o menino para a sala de atendimento educacional especializado (AEE), a fim de verificar como seria seu comportamento afastado dos colegas. Quando a criança entrou na sala ficou observando tudo o que tinha, analisando e pegando todos os brinquedos que estavam próximos. Foi-lhe entregue uma caixa com peças de montar, onde escolheu algumas peças, encaixou uma na outra e começou a fazer barulho de trem. Quando questionado sobre o som que fazia respondeu: “trem!”. De repente, começou a reproduzir o som do relógio: “TIC TAC TIC TAC”, quando questionado respondeu: “relógio!” e apontou para o relógio pendurado na parede.

Apesar das modificações já percebidas no comportamento do menino, era importante fazê-lo perceber que existia uma rotina que deveria ser respeitada, independente da sua vontade. Assim, durante momentos de desorganização do mesmo, decidiu-se que ele ficaria na sala de atendimento educacional especializado (AEE), enquanto os colegas saíam para aula de educação física, visando evitar que ficasse ainda mais agressivo. Ao perceber a saída dos colegas e a sua permanência na sala, o menino ficou ainda mais agitado, gritou, se atirou no chão e tentou novas agressões. Utilizando uma postura firme, a profissional do AEE disse a ele que só sairiam dali quando finalizassem a atividade que havia sido proposta pela professora. Após algum tempo, já mais calmo, o menino conseguiu realizar a tarefa e ainda buscou nova atividade, propiciando um rico momento de interação e comunicação.

Para ajudar os autistas, é fundamental que a família e amigos os tratem normalmente, tentando entendê-los em sua forma de ser e assim tentar ajudá-los, propiciando tratamento em todas as áreas que precisem. O tratamento é basicamente feito de reabilitação: psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, escola, fisioterapia, musicoterapia, psicopedagogia e etc. Muitas pessoas relutam em levar a criança ao psiquiatra com medo de associação à loucura. Só com informações maciças essa percepção errônea pode ser modificada (Alves, 2010).

Apesar do auxílio da medicação e dos acompanhamentos realizados com o menino, ele se mostrava ainda agressivo e os colegas tinham muito medo de chegar

perto dele em função da grande agressividade que apresentava no início das aulas de educação infantil. Em função disso, a escola juntamente com a clínica realizou uma atividade onde se buscava um momento de integração e reflexão com os colegas. Para a turma do menino, optou-se por fazer atividades visando à compreensão das crianças com relação às diferenças. Nessa tarde a turma ficou no auditório realizando atividades lúdicas como brincadeiras, desenhos e assistiram a um desenho animado relacionado com a questão central da atividade. O menino autista estava muito impaciente com a mudança de local e de ficar muito tempo sentado, o momento onde ficou mais calmo foi desenhando, pois podia circular pela sala e se entreter com a caixa de lápis de cor. Após o lanche, o menino autista foi embora e o restante das crianças voltara para o auditório a fim de fazer uma reflexão sobre o desenho animado, o auto-retrato e a realidade da turma. Ao comentar sobre as várias diferenças entre os colegas, foi automática a lembrança dos colegas pelo menino. Buscou-se então explicar que todos tinham suas dificuldades e que estavam ali para aprender a conviver bem com o colega, mas que para isso um precisava ajudar o outro com calma e paciência. Ficou claro que após esta tarde as crianças tiveram uma maior aceitação e um cuidado intensivo com o menino, conseguindo dividir brinquedos e o chamar no momento das brincadeiras.

Após alguns meses de trabalho para inclusão do menino na escola, realizou-se uma reunião. Na reunião, ministrada pela psicopedagoga da escola, foram discutidos os seguintes assuntos: autismo e suas características, trabalho na clínica com equipe e orientação aos pais e escola, as possibilidades de manejo em casa e na escola, bem como os objetivos a serem alcançados no primeiro semestre. Os pais falaram muito emocionados da alegria de ver o filho se relacionando melhor com as outras pessoas, menos agressivo e mais carinhoso, que a convivência e a rotina dentro de casa estavam muito mais fáceis e eram aceitas pelo filho. Visto isso, determinou-se que iríamos focar o trabalho no desenvolvimento da comunicação e do relacionamento interpessoal do menino, bem como ampliar sua permanência na escola, de duas para três horas.

Com relação à criança autista na escola, Alves (2010) coloca:

“A escola deve conhecer as características da criança e prover as acomodações físicas e curriculares necessárias; treinar os profissionais continuamente e buscar de novas informações; buscar consultores para avaliar precisamente as crianças;

preparar programas para atender a diferentes perfis visto que os autistas podem possuir diferentes estilos e potencialidades; ter professores cientes que inclusive a avaliação da aprendizagem deve ser adaptada; educadores conscientes que para o autismo, conhecimento e habilidades possuem definições diferentes; analisar o ambiente e evitar situações que tenham impacto sobre os alunos, alterar o ambiente se for possível; a escola deverá prover todo o suporte físico e acadêmico para garantir a aprendizagem dos alunos incluídos” (p.45)

A inclusão de um aluno autista possui muitos desafios, no sentido de que assim como haverá conquistas, também haverá muitos retrocessos durante o processo. Muitas vezes indica-se que as alterações na rotina de crianças autistas sejam trabalhadas com antecedência, a fim de prepará-lo e evitar que se desorganize.

Paez (2001) descreve que a inclusão pode trazer benefícios incontestáveis para o desenvolvimento da pessoa com deficiências, desde que seja oferecida na escola regular, necessariamente, uma educação especial que, em um sentido mais amplo, significa educar, sustentar, acompanhar, deixar marcas, orientar, conduzir.

Portanto, nosso objetivo foi fazer o menino experienciar diferentes atividades e emoções, por isso combinamos que a família não iria relatar para a criança as atividades que aconteceriam na escola, a fim de que ele pudesse vivenciá-las e, caso fosse necessário algum manejo, a escola estava preparada para fazê-lo.

Após o primeiro ano de trabalho na escola e estimulação, o menino ficou mais calmo, realizou todas as atividades propostas, brincou com os colegas, aceitou dividir seu material, cumprimentava as pessoas que passavam, aceitava pequenas aproximações como abraço breve de colega, além de já ter internalizado a rotina do dia. Adorava as aulas de música, interagia com os professores e os colegas, e logo após conseguiu trabalhar com materiais como argila e tinta sem precisar a urgência da limpeza. A partir de uma solicitação da escola, passou a levar alimentos diferenciados para o lanche, buscando novos sabores e densidades. Também já conseguia se alimentar com mais destreza e menos regressivo.

Nosso menino entrou no primeiro ano do ensino fundamental da mesma escola de educação infantil onde se adaptou, a turma foi a mesma, e o menino relatou gostar muito de ir para escola, mas que não queria brincar com ninguém, queria ficar sozinho.

A professora, a monitora e os pais do menino, relatam que o mesmo não conseguia ficar sentado em sala de aula por muito tempo, adorava caminhar em sala de aula desorganizadamente, e embora não copiasse os conteúdos quando questionado sobre o assunto respondia com exatidão. Os professores também reclamavam que ele falava sozinho o tempo todo da aula, fazendo com que os colegas reclamassem muito dele.

Ao longo do ano escolar, recebemos da escola boletim com excelente desempenho cognitivo, os professores apontavam que tinha memória fotográfica e sabia responder e escrever com clareza (quando queria) a todos os conteúdos que a escola propunha. Dentre a descrição dos avanços do menino para o desempenho escolar, transcrevemos as habilidades destacadas no prontuário na época: - o mesmo possuía habilidades em produzir histórias, de preferência ilustrada como ele mesmo dizia, pois adorava desenhar e contar os fatos a sua maneira através de desenhos o que chamava de história em capítulos. O que foi apontado como dificuldades referia-se a autonomia e iniciativa, falta de vivência das atividades amplas como correr, jogar, pular, coisas que o menino não conseguia.

No nosso menino, frequentando a escola inclusiva de ensino regular, a passagem da quarta para quinta série assim como para qualquer pré-adolescente, lhe impôs dificuldades, pelo número de professores que deixou de ser unidocente. Apresentou dificuldades em entender matemática e questões geográficas e de história, ele repetia os conteúdos como aprendidos, mas sem conseguir explicá-los, possivelmente por não ter desenvolvidas as noções espaço-temporais como a maioria dos autistas, ele tinha dificuldade para organizar essas representações cognitivas.

Inicialmente, os professores colocaram restrições em lidar com ele, principalmente antes de conhecê-lo, mudando de opinião posteriormente após constatar que algum tipo de aprendizagem podia acontecer. Este fato corrobora quanto a falta de informação dos profissionais e o preconceito dificulta a aceitação do autista em sala de aula. Senti como profissional que o acompanhou, o quanto tivemos que sensibilizar os colegas para trabalhar com essa realidade.

A modo de exemplo será transcrito a narrativa de uma das professoras sobre as expectativas do processo de inclusão da criança

“O processo de inclusão a meu ver, tem seus méritos na medida em que se constata que aprendizagem é, de fato, algo que se dá na interação. O menino em estudo assim como outras crianças especiais que temos em nossas salas, ganha quando são inseridas com crianças que não apresentam este quadro. Dentro de poucos anos acredito, não haverá mais a escola para crianças especiais, embora o que me preocupe nesse momento é saber que muito mais que uma lei, a inclusão deveria dar-se em um ambiente onde um grupo de profissionais qualificados pudesse intervir da forma mais multidisciplinar possível, e não é o que acontece: ainda não há professores para todos os alunos na rede pública de ensino, imaginemos então a situação do aluno que luta, nessas escolas, pela inclusão”.

Nosso menino continua tendo avanços no campo cognitivo, pois bem sabemos através da literatura, que sujeitos com Asperger, não possuem déficits de cognição. Ele continua enfrentando preconceitos porque é diferente quando se encontra com crianças que não o conhecem, ele procura novos amigos em outra escola, embora interaja com poucos. A socialização do menino esta posta na forma de que frequenta todos ambientes socialmente sem desorganizar-se, mas não interage com quem não conhece e se mantém afastado.

Continua tendo acompanhamento psiquiátrico, o uso de psicofármaco auxilia na contenção dos comportamentos mais regressivos, mas o menino continua apresentando maneirismos e estereotipias, próprios do transtorno. Continua frequentando a mesma clínica com acompanhamento de terapeuta único, trabalhando o desenvolvimento cognitivo e emocional. Fora dos atendimentos, ele continua com seu esporte preferido, a natação que faz desde muito pequeno, pois ajuda também na sua renites.

Neste momento, está entrando na pré-adolescência, no entanto, seu brinquedo preferido continua sendo os ursos de pelúcia. Tem animais de estimação que relata serem seus melhores amigos: dois cachorros, e dois gatos com quem conversa e passa muito tempo.

Ele relata nos encontros que idolatra uma ex-colega de sala de aula que diz que quando crescer irá se casar, mas a menina não mora mais na cidade. Afetivamente é muito dependente do pai, e relata estar em um impasse com a mãe. Fato que não surpreende nossa equipe, pois como detalhado na anamnese, os próprios escolheram o lugar que teriam no desenvolvimento do filho.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão a respeito das estratégias educativas com relação ao autismo em geral e em especial com este menino que relatamos tanto no aspecto familiar quanto educacional, nos revela que deve ser repensado o processo de inclusão. Apesar das políticas de educação inclusiva estar acenando para o contexto mundial, o que está acontecendo em muitos lugares é a chamada integração, que a nosso entender, ocupa mais o lugar de integração. Já que como observamos a presença do menino em sala de aula inicialmente ocupou o lugar de integração, pois pouco se fazia para seu desenvolvimento em relação à adaptação curricular. Posteriormente, depois do trabalho da equipe com seus professores e colegas o investimento destes na inclusão do menino foi notoriamente percebido. Partindo da premissa, que integrar é receber o aluno em espaços escolares e permitir que ele somente socialize com o grupo, e não propiciar aprendizagens significativas para que ele realmente se inclua, percebemos que ainda faltam muitos estudos e sensibilização para que a chamada inclusão realmente se efetive.

Acentuamos que a inclusão deve começar no espaço familiar, e que é na escuta e orientação da família com filho deficiente que ajudamos a minimizar a dor e a angústia das famílias na aceitação do filho real, colaborando para a criação de um clima de relações tranqüilo.

Outro ponto importante a enfatizar, é o apoio que a família deve receber, de forma que ela se sinta amparada, e confie nos seus interlocutores, esse seria um dos pontos de uma relação terapêutica adequada, para que a equipe possa lhe auxiliar a buscar os caminhos possíveis do encontro psíquico com seu filho, e assim aprender a estimulá-lo no desenvolvimento, pelos cuidados maternos iniciais. Raquel Soifer (1989) enfatiza que devemos ajudar a família a assumir sua função institucional que é de servir

de reservatório, controle e segurança. Temos observado que apesar de todo trabalho realizado a mãe do menino ainda precisa de muita ajuda, e que nega este espaço para si.

Sabemos, o quanto se torna impossível generalizar sobre o método de educação ideal a ser dada para uma criança autista; muitas coisas dependem da própria criança, de sua constituição neuropsicológica, de sua família e dos serviços que lhe são oportunizados, ou conseguem acessar.

Para nós, profissionais da área, é necessário estarmos atentos para poder responder adequadamente às solicitações da mãe e filho, a fim de que possamos atuar como mediadores na construção desta relação.

Quanto ao desenvolvimento da autonomia moral, geralmente as escolas esbarram em obstáculos, muitas vezes intransponíveis, advindos das concepções e dos modos habituais de se conviver com as pessoas com deficiência, principalmente com transtorno global do desenvolvimento.

Encontramos muita relutância por parte das famílias que não crêem nas possibilidades de seus filhos com deficiência não conseguem reconhecê-los como pessoas com capacidade para tal. Embora reconheçamos ser difícil apresentar uma postura face à deficiência, nossas convicções e práticas nesta área por mais de trinta anos de trabalho apontam que o desenvolvimento e educação destas crianças se darão satisfatoriamente, no momento em que família escola e sociedade trabalharem em busca de uma inclusão para estes sujeitos pautada nos princípios de conhecimento sobre a temática da deficiência, respeito ao tempo e espaço individual dos mesmos e os princípios de responsabilidade.

REFERÊNCIAS

- Alves, M.M.C.; Lisboa, D.O. (2010) Autismo e Inclusão Escolar. *IV Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade* ISSN 1982-3657. Laranjeiras – SE.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto alegre: Artes Médicas.
- Anjos, H.P; Andrade, E.P; Pereira, M.R.(2009) A inclusão escolar do ponto de vista dos professores: o processo de constituição de um discurso. *Revista Brasileira de Educação*. Vol. 14. No. 40 jan./abr.
- Assumpção, Jr, F. B. & Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo infantil. *Rev. Bras. Psiquiatria*, Vol.22, No2, 37-9.
- Carter, B.; MCGoldrick, M.(2001). As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a Terapia Familiar*. Trad. Maria Adriana Veríssimo Verone. 2.ed. Porto Alegre: Artmed,. Cap.1, p.7-29.
- Carvalho, R.E. (2008). *Escola Inclusiva: a reorganização do trabalho pedagógico*. Porto Alegre. Editora Mediação.
- DocumentodeSalamanca.
- Disponível em; <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf> . Acesso em 18/06/2012
- Cunha, E. (2011) *Autismo e Inclusão. Psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família*. 3º Edição. Rio de Janeiro. Editora WAK.
- Curatolo P.PorfirioM.C.; ManziniB, S. S. (2004). Autism in Tuberous Sclerosis. *Eur. Paediatr Neurol* 8:327-32.
- Dunn M.; Bates J.C. (2005) Developmental change in neural processing of words by children with autism. *J Autism Dev Disord* 35,361-76.
- Fuentes, D. et al.(2008).*Neuropsicologia-Teoria e prática*.Porto Alegre: Artmed.
- Gauderer, E.C.(1993). *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais*. Brasília: Ministério do Bem Estar Social.Coordenadoria Nacional para Integração Da pessoa portadora de deficiência- CORDE.
- Kortmann, G.L.(1997). *Estimulação Precoce e a Síndrome de Down: Desenvolvimento da Criança e Relações Familiares*. Dissertação (Mestrado em Educação Básica), São Leopoldo: PPGDE, UNISINOS.
- Kortmann, G.L. (2006) *Psicopedagogia: Um entendimento sistêmico* In: Portella e Franceschini. *Família e Aprendizagem*.Rio de Janeiro:WAK editora,89-108.

- Kortmann, G.L.(2003). A inclusão da criança especial começa na família.In: Stobaus, Claus Dieter; Mosquera, Juan José Mourino.(Org). Educação especial: em direção a educação inclusiva.Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Klin A,(1993). Auditory brain stem responses in autism: Brain stem dysfunction or peripheral hearing loss? *J.Autism Dev Dis* 23,15-35.
- Leboyer,M.(1987). Autismo infantil: fatos e modelos.Campinas: Papyrus.
- Pérez Ramos. A. M. Q.(1975). Estimulação Precoce : Informações básicas aos pais e aos profissionais- Projeto Especial Multinacional de Educação- MEC /OEA, Brasília: Gráfica Central.P.0-12.
- Piajet, J.(1990). A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro: LTC.
- Macgoldrick,M.; Carter, B. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar-Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maloy-Diniz,L.F.et.al. (2010) Avaliação neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, E. G.(2011) A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. *Revista Brasileira de Educação* Vol. 11, No. 33 set/dez 2006. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n33/a02v1133.pdf> Acesso em 20/05/2012.
- Mendes, E. G.; ALMEIDA, M. A.; TOYODA, C. Y. (2011). Inclusão escolar pela via da colaboração entre educação especial e educação regular. *Educar em Revista*. Curitiba, Brasil, n. 41, p. 81-93, jul./set. Editora UFPR
- Menezes, C. G. L.; Perissinoto, J. (2008). Habilidade de atenção compartilhada em sujeitos com transtornos do espectro autístico. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* [online]. Vol.20, No.4, 273-278. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872008000400012>.
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica - RESOLUÇÃO Nº 4, DE 2 DE OUTUBRO DE 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16761&Itemid=1123. Acesso em 20/11/2012
- Menezes, C. G. L.; Perissinoto, J.(2008). Habilidade de atenção compartilhada em sujeitos com transtornos do espectro autístico. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* [online]. Vol.20, No. 4, 273-278. Disponível em:. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872008000400012>.
- Ortiz, V. K. B.; Aguiar, C. L. C. D'antino, M. E. F.(2004). Revisão histórica e do quadro clínico sobre síndrome de Asperger. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. Vol.26, No.3, 211-211. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000300012>.
- Rapin, I., Tuchman, R. (2009). Autismo: abordagem neurobiológica. Porto Alegre: Artmed.
- Rolak, L et al. (1995). Segredos em neurologia. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Sant'Ana, I. M.(2005). Educação Inclusiva: Concepções de professores e diretores. Psicologia em Estudo. Maringá, Vol.. 10, No. 2, 227-234, mai./ago.
- Schwartzman,J. (1994). Salomão.Autismo Infantil. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da pessoa Portadora de Deficiência/CORDE.
- Silva, A. B. B (2012). Mundo singular: entenda o autismo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.
- Silva, A. P.; Kamianecky, M. (2005). Um olhar entre o saber e o sentir: Trabalhando com a afetividade na escola. Porto Alegre: Colégio La Salle São João.
- Sproviere, M. H. S. ; Assumpcao J.R, F. B.(2001). Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. Vol.59, No.2A, 230-237. ISSN 0004-282X.
- Weiss,M.L.L. (1992). Psicopedagogia Clínica Uma visão diagnóstica. Porto Alegre: Artes Médicas .

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Autorizamos a Prof.Dra. Gilca Maria Lucena Kortmann a utilizar dados do prontuário – de nosso filho, para fins de pesquisa que será realizada para fins acadêmicos na UFRGS, no Curso especialização em Neuropsicologia, sob a orientação da Prof.Dra.Graciela I.Jou no ano de 2011 /2012.

Esta pesquisa tem por objetivos descrever o desenvolvimento de aprendizagens de uma criança com síndrome de autismo , investigado através dos escritos do prontuário da clínica em que o mesmo frequenta em atendimentos feitos com o mesmo e sua família em uma clínica da grande Porto Alegre. Estou ciente que as intervenções realizadas trazem benefícios à criança e sua família em termos biopsicosociais, importantes para o desenvolvimento humano A pesquisadora fica autorizada a utilizar, publicar, para fins de estudo, dados do prontuário da criança , com a ressalva que os dados sejam utilizados com ética, resguardando o nome da criança e demais dados concedidos pela família. As informações coletadas na pesquisa permanecerão no anonimato, não vinculando sua identidade e serão armazenadas em computador de uso restrito da pesquisadora até o fim da pesquisa. Os pais ou responsáveis poderão ser informados sobre o andamento da pesquisa, e se sentirem necessidade, poderão solicitar a desistência da participação na pesquisa.

A qualquer momento a pesquisadora estará disponível para prestar esclarecimentos sobre a pesquisa pelo telefone (51)..... e-mail: glkortmann@yahoo.com.br

Eu, responsável legal pela (criança)_____

D/N_____ recebi as orientações necessárias para entender o presente estudo, assim como li a informação do mesmo e concordo com a participação na pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO B

CARS

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

De: Eric Scchopler, Robert J, Reichler e Barbara Roehen Renner.

Hospital Pediátrico de Coimbra- Centro de Desenvolvimento da Criança

Escala comportamental composta por 15 itens , desenvolvida para identificar crianças com síndrome autista , permitindo ainda uma classificação clínica de sua gravidade desde ligeiro a moderado e severo.

Aluno: _____

Data de nascimento: _____ Idade _____ anos

Pré-escolar: _____ ano: _____

Instituição/Escola: _____

Data de observação: _____

O técnico: _____

	Domínio	Pontuação	Observações
I	Relação com pessoas	1- 1,5- 2- 2,5- 3- 3,5—4-	
II	Imitação		
III	Resposta Emocional		
IV	Uso Corporal		
V	Uso de objetos		
VI-	Adaptação à mudanças		
VII-	Resposta visual		
VIII-	Resposta auditiva ao som		
IX	Resposta ao paladar, olfato e tato		
X	Medo ou ansiedade		
XI	Comunicação verbal		
XII	Comunicação não verbal		
XIII	Nível de atividade		
XIV	Nível de consistência da resposta intelectual		
XV	Impressão Global		
	Cotação Total:		

II- Imitação

1- Imitação apropriada

A criança é capaz de imitar sons , palavras e movimentos de forma adequada às suas capacidades.

2- Imitação ligeiramente anormal.

Imita comportamentos simples como bater palmas ou sons simples na maior parte das vezes.Ocasionalmente pode imitar somente depois de muito estimulado ou com algum tempo de atraso.

3-Imitação moderadamente anormal.

Imita só parte do tempo, requerendo uma grande persistência e ajuda do adulto.Pode frequentemente imitar após algum tempo de atraso.

4-Imitação severamente anormal.

Raramente ou nunca imita sons , palavras ,movimentos mesmo com ajuda do adulto.

Observações:

III- Resposta emocional

1-Respostas emocionais adequadas á idade e a situação.

A criança mostra um tipo e um grau de resposta adequada, revelada por alteração na expressão facial ,postura e modo /atitude.

2-Resposta emocional ligeiramente anormal.

Ocasionalmente desenvolve um tipo ou grau de reação emocional desajustada.As reações muitas vezes não estão relacionadas com os objetos ou acontecimentos à sua volta.

3-Resposta emocional moderadamente anormal.

Tipo e ou grau de resposta desajustada .Reações muito apagadas ou excessivas e outras vezes não relacionadas com a situação.Pode gritar, rir, sem motivo aparente.

4-Resposta emocional severamente anormal.

Raramente a resposta é adequada à situação; o humor mantém-se independentemente da alteração dos acontecimentos.Por um lado, pode manifestar diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.

Observações:

IV- Movimentos do corpo

1 – Movimento do corpo apropriado à idade.

Move-se com a finalidade, agilidade e coordenação da criança normal na mesma idade.

2 – Movimento do corpo ligeiramente anormal.

Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como uma criança desajeitada, movimentos repetitivos, coordenação pobre, ou aparecimento raro de movimentos invulgares referidos no ponto 3.

3 – Movimento do corpo moderadamente anormal.

Notados comportamentos nitidamente estranhos e não usuais para esta idade. Pode incluir movimentos finos dos dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, auto-agressão, balanceio, rodopiar, enrolar/entrelaçar de dedos, marcha em bicos de pés.

4 – Movimento do corpo severamente anormal.

Movimentos descritivos no ponto 3 mais freqüentes e intensos. Estes comportamentos persistem, muito embora se profbam e se envolva a criança noutras atividades.

V – Utilização dos objetos

1 - Interesse e uso apropriado de brinquedos ou objetos.

A criança mostra um interesse normal em objetos ou brinquedos apropriados para o seu nível e usa-os de um modo adequado.

2 - Interesse e uso ligeiramente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Pode mostrar menos interesse que o normal num brinquedo ou brincar com ele de modo infantil, como batendo com ele ou levando-o à boca numa idade em que este comportamento já não é aceitável.

3 – Interesse e uso moderadamente inapropriado de objetos ou brinquedos.

Mostra pouco interesse em brinquedos e objetos, ou pode estar preocupado em os utilizar de um modo anômalo e estranho. Pode focar a atenção numa parte insignificante destes, ficar fascinado com a reflexão de luz do objeto, mover repetidamente uma parte do objeto em particular ou brincar só com um objeto excluindo os outros. Este comportamento pode ser pelo menos parcial ou temporariamente modificado.

4 – Interesse e uso severamente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Comportamento semelhante ao ponto 3 mais de um modo mais frequente e intenso. É muito difícil desligar-se destas atividades uma vez nela embrenhada, sendo muito difícil alterar esta utilização desajustada.

Observações:

IV – Adaptação à mudança

1 – Adaptação à mudança adequada.

Pode reagir à mudança de rotina, mas aceita-a sem stress desajustado.

2 – Adaptação à mudança ligeiramente anormal.

Quando o adulto tenta mudar de tarefa esta pode querer continuar na mesma tarefa ou usar o mesmo material, mas consegue desviar a sua atenção facilmente. Por exemplo, pode-se zangar se é levada a um supermercado diferente ou se fez um percurso diferente da escola, mas acalma-se facilmente.

3 - Adaptação à mudança moderadamente anormal.

Resiste ativamente às mudanças de rotina.. Quando se pretende alterar uma atividade, tenta manter a anterior, sendo difícil de dissuadir. Por exemplo, insiste em recolocar a mobília que foi mudada. Fica zangada e infeliz quando uma rotina estabelecida é alterada.

4 – Adaptação à mudança severamente anormal.

Quando ocorrem mudanças mostra uma reação intensa que é difícil de eliminar. Se a mudança é imposta, fica extremamente zangada, não colaborante respondendo com birras.

Observações:

VII – Resposta visual

1 – Resposta visual adequada à idade.

O comportamento visual é normal. A visão é usada em conjunto com os outros sentidos para explorar novos objetos.

2 – Resposta visual ligeiramente anormal.

Tem de ser lembrada de tempos em tempos para olhar para os objetos. Pode estar mais interessada em olhar para um espelho ou luzes que uma criança da mesma idade e, ocasionalmente, ficar com olhar ausente. Pode também evitar o contato visual.

3 – Resposta visual moderadamente anormal.

Tem de ser lembrada frequentemente para olhar o que está a fazer. Pode ficar com o olhar fixo, ausente, evitar olhar nos olhos das pessoas, olhar para os objetos de um ângulo estranho ou levá-los muito perto dos olhos embora os vendo normalmente.

4 – Resposta visual severamente anormal.

Evita constantemente olhar para as pessoas ou certos objetos e pode mostrar formas extremas de peculiaridades visuais descritas acima.

Observações:**VIII – Resposta ao som****1 – Resposta ao som adequado à idade.**

O comportamento auditivo é normal. A audição é utilizada em conjunto com os outros sentidos, como a visão e o tato.

2 – Resposta ao som ligeiramente anormal.

Alguma falta de resposta para alguns sons ou uma resposta ligeiramente exagerada para outros. Por vezes, a resposta ao som pode ser atrasada e os sons podem ocasionalmente necessitar de repetição para prender a atenção da criança. Pode por vezes distrair-se por sons externos.

3 - Resposta ao som moderadamente anormal.

A resposta ao som varia muitas vezes. Muitas vezes ignora um som nos primeiros minutos em que é desencadeado. Pode assustar-se por sons do dia-a-dia tapando os ouvidos quando os ouve.

4 – Resposta ao som severamente anormal

A criança hiper ou hiporeage de um modo externo independentemente do tipo de som.

Observações:**IX – Respostas ao paladar, olfato e tato****1 – Resposta normal ao paladar, olfato e tato**

Explora objetos novos de um modo apropriado à idade tocando-lhes e Observando-os. O paladar e o olfato podem ser utilizados quando apropriado como nos casos em que o objeto é parecido com algo que se come. Reagem à estímulos dolorosos menores do dia-a-dia decorrentes de quedas, pancadas e beliscões, expressando desconforto mas não de um modo excessivo.

2 – Uso e resposta ligeiramente anormal do paladar, olfato e tato.

Persiste em levar objetos à boca, mesmo quando as crianças da sua idade já ultrapassaram essa fase. Pode por vezes cheirar ou tomar o gosto de objetos não comestíveis. Pode ignorar ou reagir excessivamente a um beliscão ou estímulo doloroso ligeiro, que a criança normal expressa apenas como ligeiro desconforto.

3 – Uso e resposta moderadamente anormal do paladar, olfato e tato.

Pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou saborear objetos ou pessoas. Pode mostrar uma reação moderadamente anormal à dor reagindo muito ou pouco.

4 – Uso e resposta severamente anormal do paladar, olfato e tato.

Mostra-se preocupada em cheirar, saborear ou tocar objetos mais pela sensação do que pela expressão ou uso normal do objeto. Pode ignorar completamente o dor ou reagir fortemente a algo que apenas motiva desconforto ligeiro.

Observação:**X – Medo ou ansiedade****1 – Medo ou ansiedade normais**

O comportamento da criança é adequado à idade e à situação.

2 - Medo ou ansiedade ligeiramente anormal.

Revela ocasionalmente medo ou ansiedade que é ligeiramente desajustada.

3 – Medo ou ansiedade moderadamente anormal.

A resposta de mesmo desencadeada é excessiva ou inferior ao esperado em idêntica situação mesmo por uma criança mais nova. Pode ser difícil de entender o que a desencadeou sendo também difícil de a confortar.

4 – Medo ou ansiedade severamente anormal.

Os medos persistem mesmo após repetidas experiências co situações ou objetos desprovido de perigo. Pode parecer amedrontada durante toda a consulta sem

qualquer motivo. Pelo contrário pode não mostrar qualquer receio a situações como cães desconhecidos ou tráfego, que crianças da mesma idade evitam.

Observações:

XI - Comunicação verbal

1 – Normal em relação com a idade e situação.

2 - Comunicação verbal ligeiramente anormal.

Atraso global da linguagem. Muita linguagem tem sentido. Contudo, ecolalias e troca de pronomes ocorrem ocasionalmente quando já ultrapassada a idade e quem isso normalmente ocorre. Muito ocasionalmente são utilizadas palavras peculiares e jargon.

3 – Comunicação verbal moderadamente anormal.

A linguagem pode estar ausente. Se presente, pode ser uma mistura de alguma linguagem com sentido, e outra peculiar como o jargon, ecolália a troca de pronomes. Alguns exemplos incluem repetição sem fins comunicativos, de reclames de TV, reportagens de tempo e jogos.. Quando é utilizada linguagem com sentido pode incluir peculiaridades como questões frequentes ou preocupações com tópicos particulares.

4 – Comunicação verbal severamente anormal.

Não é utilizada linguagem com sentido. Em vez disso pode ter gritos, sons esquisitos ou parecidos com animais ou barulhos complexos simulando linguagem. Pode mostrar uso persistente e bizarro de palavras ou frases reconhecíveis.

Observações:

XII - Comunicação não verbal

1 – De forma adequada à idade e situação.

2 – Uso ligeiramente anormal da comunicação não verbal.

A comunicação não verbal utilizada é imatura. Pode apontar, por exemplo, vagamente para o que pretende, em situações em que uma criança normal da mesma idade aponta mais especificamente.

3 – Uso moderadamente anormal da comunicação não verbal.

É geralmente incapaz de exprimir as suas necessidades ou desejos de um modo não verbal, e é geralmente incapaz de entender a comunicação não verbal dos outros. Pode levar o adulto pela mão ao objeto, desejado, mas é incapaz de exprimir o seu desejo por gesto ou apontando.

4 – Uso severamente anormal da comunicação não verbal.

Usa somente gestos peculiares e bizarros sem significado aparente e não parece compreender o significado dos gestos e expressões faciais dos outros.

Observações:

XIII - Nível de atividade

1 – Normal em relação com a idade e circunstâncias.

A criança não é nem mais nem menos ativa do que uma criança normal, da mesma idade, e nas mesmas circunstâncias.

2 – Nível de atividade ligeiramente anormal.

Pode ser ligeiramente irrequieta ou lenta. O nível de atividade desta só interfere ligeiramente com a sua realização. Geralmente é possível encorajar a criança a manter o nível de atividade adequado.

3 – Nível de atividade moderadamente anormal.

Pode ser muito ativa e muito difícil de conter. À noite parece ter uma energia ilimitada e não ir rapidamente para a cama. Pelo contrário, pode ser uma criança completamente letárgica, sendo necessário um grande esforço para a fazer mobilizar. Podem não gostar de jogos que envolvam atividade física parecendo muito preguiçosos.

4 – Nível de atividade severamente anormal.

Mostra-se extremamente ativa ou inativa, podendo transitar de um extremo ao outro. Pode ser muito difícil orientar a criança. A hiperatividade quando presente ocorre virtualmente em todos os aspectos da vida da criança, sendo necessário um controle constante por parte do adulto. Se é letárgica é extremamente difícil despertá-la para alguma atividade e o encorajamento do adulto é necessário para que inicie a aprendizagem ou execute alguma tarefa.

Observações:**XIV – Nível e consistência da resposta intelectual****1 – Inteligência normal e razoavelmente consistente nas diferentes áreas.**

Tem uma inteligência sobreponível às outras da sua idade e não apresenta uma incapacidade invulgar ou outro problema.

2 – Função intelectual ligeiramente anormal.

Não é tão desperta como as da sua idade e as suas capacidades parecem do mesmo modo atrasadas em todas as áreas.

3 – Função intelectual moderadamente anormal.

No global a criança não é tão esperta como as da sua idade, contudo em uma ou mais áreas pode funcionar próximo do normal.

4 – Função intelectual severamente anormal.

Enquanto a criança não é tão esperta como as outras da sua idade, pode funcionar melhor que uma criança da sua idade em uma ou mais áreas. Pode ter capacidades invulgares como talento especial para a música, arte ou facilidade particular com os números.

Observações:**XV – Impressão global****1 – Sem autismo**

A criança não mostra qualquer sintoma característico do autismo.

2 – Autismo ligeiro.

A criança revela poucos sintomas ou somente um grau ligeiro de autismo.

3 – Autismo moderado.

A criança mostra alguns sintomas ou um grau moderado de autismo.

4 – Autismo severo.

A criança revela muitos sintomas ou um grau extremo de autismo.

ANEXO C

PASSOS BÁSICOS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**Adaptação de Pérez –Ramos.A.M.Q.(1975)****Finalidade e procedimentos**

O presente instrumento constitui-se de uma escala de observação sistemática para se ter uma impressão geral da evolução do comportamento da criança, nos seus seis primeiros anos de vida. Nele são previstos habilidades e comportamentos considerados típicos para os diferentes níveis de idade (passos básicos, conforme a terminologia usada na escala) inseridos no período do desenvolvimento referido.

A escala compreende os seguintes “passos básicos” ou níveis de idade:

1º ano: 1º, 2º, 3º, 4º, 5º ao 6º, 7º ao 8º e 9º ao 10º mês;

2º ano: 1º ao 2º, 3º ao 5º, 6º ao 8º e 9º ao 11º mês;

3º ano: 1º ao 5º e 6º ao 12º mês.

Os passos do 2º ano (6º ao 8º e 9º ao 11º mês) e do 3º ano (1º ao 5º e 6º ao 12º mês) constituem uma modificação feita à escala original para facilitar um melhor detalhamento na observação do processo evolutivo nesses anos. São incluídos também novos passos até alcançar a idade de 6 anos.

O instrumento é útil para pais e profissionais não psicólogos observarem a evolução do comportamento da criança. No caso de encontrarem diferenças acentuadas em relação aos padrões previstos para a idade cronológica da criança observada, poderão, com maior segurança, encaminhá-la a especialista. Para os psicólogos, a escala serve, a demais, para situar a nível de idade em que se recomenda iniciar a aplicação de um “Baby Test” e servir como índice de referência comparativa entre o comportamento mais natural obtido pela escala, com o resultante de situações mais controladas, advindas da aplicação de instrumentos mais formais. É útil, também, para dissipar dúvidas que possam aparecer no exame de comportamento obtido através da aplicação dos testes referidos.

A seguir, é apresentada a relação do material a ser utilizado para a observação dos diferentes comportamentos previstos pela escala, Ao lado da discriminação do material sugerido o “passo” da escala para o qual aquele é recomendado.

Material Passos básicos- Adaptação de Pérez –Ramos.A.M.Q.(1975)

Chocalho	1º ao 3º mês
Móbile	2º mês
Mamadeira ou chocalho	3º mês
Bolinha ou bichinho de Borracha	4º, 5º ao 6º mês
Pano quadrado de 50 cm (+/-)	7º ao 8º mês
Bichinhos pequenos de borracha	7º ao 8º mês 1:3 a 1:5 ano
Caixinha para por os bichinhos	7º ao 8º mês
Dois pratinhos	7º ao 8º mês
Carrinho de puxar com barbante	7º ao 8º mês, 1:9 a 1:11 meses e 6:0 a 6:11 anos
Caramelinhos	9º ao 11º mês
9 dadinhos coloridos	9 dadinhos coloridos (vermelho, amarelo e azul) 9º ao 10º mês, 1:6 a 1:8 ano, 2:0 a 2:5 anos e 4: a 4:11 anos
Espelho de 20 X 40 cm (+/-)	1:3 a 1:5 ano
Livrinho com gravuras familiares	1:3 a 1:5 ano, 1:6 a 1:8 ano, 2:0 a 2:5 anos e 4:0 a 4:11 anos
Xícara ou copinho anos	1:6 a 1:8 ano, 2:0 a 2:5 ano e 4:0 a 4:11

Lápis grosso e papel	1:9 a 1:11 ano, 2:0 a 2:5 anos e 3:0 a 3:11 anos
Boneca de pano	1:9 a 1:11 anos
Bolinha de borracha (maior que a anterior)	1:9 a 1:11 ano, 4:0 a 4:11 anos e 6:0 a 6:11 anos
Encaixe de peças simples	1:9 a 1:11 anos
2 tiras de pano, com botão e casa em cada uma	2:6 a 3:0 anos
Aparelhinho de café	2:6 a 3:0 anos
Giz de cores	3:1 a 3:11 anos
Figuras bonitas e feias	4:0 a 4:11 anos
Figura humana incompleta	4:0 a 4:11 anos
Lápis preto comum e papel	5:0 a 5:11 anos
Labirintos desenhados em papel branco	6:0 a 6:11 anos

PASSOS BÁSICOS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Adaptação de Pérez –Ramos.A.M.Q.(1975)

- Folha de Aplicação - N°

Nome..... Sexo..... Data Aplic:.....

Data Nascimento..... Idade.....

1º mês	2ºmês
Realiza movimento de sucção ao estimular os lábios.	Emite sons de forma variada.
Estica os dedos ao tocar na palma da mão, e fecha-os, apalpando-a por de baixo.	Sustenta a cabeça por momentos na posição de bruço.
Estremece ante ruídos forte e acalma-se ao ouvir a voz humana.	Segue com os olhos um estímulo em movimento, colocado perto dele.
Movimenta-se levemente na posição deitado.	Esboça sorriso como resposta às brincadeiras de adulto.
Emite sons guturais	
3º mês	4º mês
Excita-se ao reconhecer a mamadeira	Esforça-se por sentar-se quando de costas
.Leva a mão ao chocalho e à boca.	Apóia-se sobre as mãos e os braços ao levantar a cabeça e o tronco na posição de braços.
Segue com olhar o movimento das pessoas.	Vira-se de um lado para outro.
Mantém firme a cabeça e o tronco na posição de braços.	Segura objeto pequeno.

Ri e sorri ás brincadeiras dos familiares.	Gosta de brincadeiras e reage ativamente a elas.
Chora quando o adulto se afasta dele.	
5º e 6º mês	7º e 8º mês
Brinca com os pés.	Tira um pano que lhe cobre o rosto.
Esforça-se para sentar quando de costas.	Deitada de costas , passa a posição de bruços e tenta arrastar-se.
Reconhece vozes familiares. Apanha objeto fora do alcance das mãos.	Coloca objetos pequenos em uma caixinha
Balbuçia repetindo sílabas semelhantes.	Engatinha em forma segura.
9º ao 11º mês	1:0 a 1:2 anos
Mantém verticalmente, brinquedos por um barbante.	Anda apoiando-se nos móveis ou sendo segurado por um adulto.
Empilha dois dadinhos.	Diz mamá ou papá ou sons semelhantes para designar os pais.
Fica de pé, apoiando-se ou agarrando-se.	Procura pessoas ou objetos escondidos.
Emite sons e movimentos como: estalo de línguas e bater palmas	1:3 a 1:5 anos
Pega com o indicador e polegar juntos, pedacinhos de pão ou equivalente.	Anda sem apoio
1:6 a 1:8 anos	Agacha-se e levanta com facilidade
Vira páginas de livrinhos, grosseiramente	Come com as próprias mãos alimentos sólidos
Identifica animais e pessoas por palavras simples	Empilha ou enfileira dadinhos

Calça chinelinho	Corre com certa dificuldade
Compreende e executa pequenas ordens	Identifica objetos e animais por onomatopéias
Sobe e desce escada com apoio	
Bebe líquido usando xícara ou copo	
1:9 a 1:11 anos	2:0 a 2:5 anos
	Acompanha música com movimento rítmico
Faz riscos com lápis	Sobe e desce escadas alternando os pés.
Dá e recebe bola	Vira páginas de um livrinho, uma a uma.
Come sozinho, usando colher	Forma frases de duas ou três palavras.
Usa palavras frases	Nomeia e identifica partes do corpo.
Encaixa peças simples	Pede para ir ao banheiro.
2:6 a 3:0 anos	3:1 a 3:11 anos
Desabotoa botões e casa grandes.	Toma banho sozinho, mas com supervisão
Faz perguntas por que? E o que?	Ajuda o adulto em tarefas simples
Diz seu nome e idade	Usa sanitário sozinho
Participa de jogos de casinha	Copia uma cruz
Veste e desveste peças simples de roupas	Constrói torre de 9 cubos
Corre de maneira desenvolta	Discrimina e nomeia posições: embaixo, em cima, frente, atrás.
	Conhece o uso de objetos familiares (xícara, tesoura, cadeira, etc)

	Opõe-se a ordens
	Representa para os outros: canta, dança
4:0 a 4:11 anos	5:0 a 5:11 anos
Cumprimenta as pessoas	Lava o rosto sem molhar a roupa
Usa formas de cortesia: obrigada...	Veste sozinho peças simples
Executa três ordens dadas de uma só vez	Sobe escadas correndo
Memoriza imagens de uma gravura	Discrimina e traça um quadrado
Utiliza frases completas	Tem conceito dos números
Completa desenho de figura humana	Identifica e nomeia cores primárias
Salta com um pé só	Designa materiais de objetos usuais.
Pega uma bola lançada a um metro de distância com as duas mãos	Identifica ocupações e funções correspondentes
Compreende e aceita as regras simples de um jogo	6:0 a 6:11 anos Gosta muito de desenhar e colorir
Responde adequadamente a problemas de rotina (o que se faz quando tem frio? fome? Sono?)	Nomeia todo seu nome e telefone Relata fatos da rotina diária

