

RONALDO LEONEL

GRANDE JÚNIOR HÓ



A IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO PATERNO
NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS
COM AUTISMO



2020

RONALDO LEONEL

GRANDE JÚNIOR HÓ



A IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO PATERNO
NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS
COM AUTISMO



2020

2020 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2020 Os autores
Copyright da Edição © 2020 Editora e-Publicar

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Roger Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Revisão

O Autor

Todo o conteúdo deste livro, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Dr^a Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Dr^a Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Dr. Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dr. Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Me. Doutorando Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo

Me. Doutorando Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Me. Doutorando Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

M^a Doutoranda Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

M^a Doutoranda Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Me. Doutorando Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes

M^a Doutoranda Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas

M^a Doutoranda Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará

M^a Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

M^a Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Me. Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Me. Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense



2020

Me. Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

M^a Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes

Dr^a. Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista

Dr. Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz

Dr. Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

Dr^a. Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará

Dr^a. Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

L583g Leonel, Ronaldo, 1977-
Grande Júnior Hó [recurso eletrônico] : a importância do
envolvimento paterno no tratamento de crianças com autismo /
Ronaldo Leonel. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87207-44-5

1. Autismo. I. Título.

CDD 616.85882

Elaborado por Ana Carolina Silva de Souza Jorge – CRB6/2610

Editora e-Publicar
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



2020

PREFÁCIO

“**GRANDE JUNIOR HÓ**”, essa é uma frase que o meu pequeno reizinho autista Ronaldo Júnior adora pronunciar no seu dia a dia, ele aprendeu essa frase com o seu tio Gleison Carneiro.

Como todo pai de criança com autismo, confesso que, assim como a maioria dos pais, não estava preparado para lhe dar com os mais diversos desafios que a condição proporciona diariamente. Foi preciso muita paciência e dedicação para aprender como reduzir a parte estressante, e assim poder usufruir o lado lindo e mágico que é conviver com meu Grande Júnior. Foi necessário horas e horas de pesquisas referente ao tema afim de aprender sobre o autismo comportamental.

Na longa caminhada foi possível perceber que pais de autistas são verdadeiros heróis. É nessa perspectiva que o livro “**GRANDE JÚNIOR HÓ**” tenciona a trazer um exemplo efetivo da participação paterna no acompanhamento e tratamento do transtorno do espectro autista TEA. O livro “**GRANDE JÚNIOR HÓ**” tem a intenção de funcionar como um manual de sobrevivência destinado principalmente a pais. O livro é também um guia importantíssimo que nos mostra como lidar com comportamentos difíceis. As dicas são valiosíssimas e obviamente muito bem embasadas cientificamente.

O livro “**GRANDE JUNIOR HÓ**” está longe de ser uma receita pronta e acabada. No entanto, apresenta-se como um guia prático e salutar que visa relatar diversos exemplos, que facilitam o entendimento da situação vividas e quais seriam as melhores formas de vivenciá-las.

A descrição do dia a dia da relação pai-filho, é uma prova de que seguindo orientações bem fundamentadas é possível ter uma vida melhor.

Uma ótima leitura.



Professor Ronaldo dos Santos Leonel

Altamira Pará setembro de 2020

Há alguns anos, nas olimpíadas especiais de Seattle, nove participantes, todos com deficiência mental, alinharam-se para a largada da corrida de 100 metros rasos. Ao sinal, todos partiram, não exatamente em disparada, mas com vontade de dar o melhor de si, terminar a corrida e ganhar.

Um dos garotos tropeçou no asfalto, caiu e começou a chorar. Os outros ouviram o choro, diminuíram o passo e olharam para trás.

Então viraram e voltaram. Todos eles.

Uma das meninas com Síndrome de Down ajoelhou, deu um beijo no garoto e disse: - Pronto, agora vai sarar! E todos os nove competidores deram os braços e andaram juntos até a linha de chegada. O estádio inteiro levantou e os aplausos duraram muitos minutos... Talvez os atletas fossem deficientes mentais....

Mas com certeza, não eram deficientes espirituais...

"Isso porque, lá no fundo, todos nós sabemos que o que importa nesta vida, mais do que ganhar sozinho é ajudar os outros a vencer, mesmo que isso signifique diminuir os nossos passos..."

Autor Desconhecido

Sumário

INTRODUÇÃO.....	8
SÍNTESE DO QUE É O AUTISMO	10
O PREDOMÍNIO DO AUTISMO	13
O MÓBIL DO AUTISMO	14
OS PRIMEIROS SINAIS DE AUTISMO NO RONALDO JÚNIOR	17
O DIAGNOSTICO	19
Problemas sensoriais	21
Problemas médicos	21
Etiologia	22
CRISES E COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO JUNINHO	26
JUNINHO E A INFÂNCIA	29
PESQUISAS E CONCLUSÕES	30
TRATAMENTO E PLANEJAMENTO	32
1. PSICOEDUCAÇÃO;	32
2. TERAPIA COMPORTAMENTAL;	33
3. MEDICAÇÃO;	33
O ATENDIMENTO CLINICO PEDAGÓGICO NA APAE.....	35
O ATENDIMENTO TERAPÊUTICO	37
1.1 TERAPIA OCUPACIONAL	37
1.2 AS ATIVIDADES COM A FONOAUDIÓLOGA.....	38
ATIVIDADES COMPLEMENTARES:.....	39
A NATAÇÃO.....	39
BICICLETA	40
EQUOTERAPIA.....	41
ATIVIDADES ESCOLARES PARA FAZER EM CASA	43
DIVERSOS TIPOS DE COMPORTAMENTOS INADEQUADOS DO JUNINHO	46
O QUE FAZEMOS PARA TENTAR REVERTER ESSE QUADRO?	47
COMO AGIMOS COM O JUNINHO?	48
O QUE TEMOS FEITO PARA PREVENIR?	48
O AMBIENTE.....	49
A ESCOLA.....	52
ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO AEE.....	53
SOBRE O AUTOR.....	61


INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança com algum traço atípico causa uma desinteligência para os pais, decepcionando todos os seus desejos, ocasionando reações e sentimentos que imiscui-se na interação com o filho. Prado (2005) salienta que ter um filho com deficiência não é algo desejável, pois todos os membros da família podem se desestabilizar e precisam se adaptar a uma nova forma de funcionar. Os pais da criança com Transtornos do Espectro Autista (TEA) ao se confrontarem com o diagnóstico podem experimentar um sentimento de perda da criança idealizada e vivenciar um processo de luto do filho "perdido". Este processo pode ser atravessado por uma dificuldade de estabelecimento de vínculo com a criança, na medida em que os genitores tendem a enxergar apenas a deficiência do filho e os problemas decorrentes dela. Superar esse período é fundamental para que toda a família consiga estabelecer vínculos afetivos verdadeiros com o bebê real (Buscaglia, 2006).

As transformações na constituição familiar e nas expectativas de desempenho dos papéis (Bossardi & Vieira, 2010; Staudt & Wagner, 2008), e também com a crescente participação feminina nos diversos tipos de mercado de trabalho e o aumento significativo no número de divórcios foi necessário uma reconfiguração nas funções parentais e na constituição familiar, o que certamente ajudou para o maior participação paterna (Bossardi, 2011). Dessa forma, tem acontecido um interesse crescente no papel do pai e os efeitos do seu envolvimento no desenvolvimento da criança.

De acordo com Baruffi (2000), o pai é figura indispensável para o desenvolvimento psicoafetivo dos filhos, indo além do papel de provedor e mantenedor da família para, por meio de seu afeto e de sua atitude, ser referência na construção da personalidade dos filhos e ser o primeiro transmissor da autoridade social: "o pai personifica autoridade e segurança, ideais e valores" (Baruffi, 2000, p. 4). Sabe-se pouco sobre o papel dos pais com crianças com atraso de desenvolvimento, como o autismo (Braunstein, Peniston, Perelman, & Cassano, 2013; Elder, Valcante, Won, & Zylis, 2003). Estudos sobre o envolvimento paterno ou a participação do pai no cuidado e interação com filhos portadores da TEA têm evidenciado a importância do pai tanto para o funcionamento familiar e bem-estar materno, como também para o desenvolvimento de algumas habilidades na criança (Boyras & Sayger, 2011; Donaldson, Elder, Self, & Christie, 2011).

Para entender esse envolvimento, se faz importante compreender o contexto em que o pai e a criança estão inseridos, a influência das características da criança na interação pai-



filho, a relação entre o casal, entre outros aspectos. Ressalta-se que este pai pode ser tanto pai biológico, não biológico, quanto outra pessoa que exerça essa função na vida da criança.

O objetivo central do livro “**GRANDE JÚNIOR HÓ**”, é ser uma fonte palpável e útil de informações psicoeducacional baseado em algumas considerações teóricas científicas e exemplos práticos do convívio entre pai-filho, propondo as melhores estratégias para orientar e ensinar a toda família técnicas eficientes para lidar com comportamentos difíceis, como: birras, oposições e outros desafios do dia a dia.

Desse modo, é fundamental ter o conhecimento de como a participação paterna contribui para o desenvolvimento da criança com autismo compreendendo e interpretando o mundo em que a mesma está inserida. Paralelo a essa reflexão e análise, é essencial associar e compreender o fenômeno a ser investigado dentro dessa perspectiva teórica. Esse exercício acontece amplamente no livro “**GRANDE JÚNIOR HÓ**”, tendo como perspectiva teórica o fenômeno resultante do envolvimento paterno tendo como base minha efetiva participação no tratamento do meu pequeno reizinho azul Ronaldo dos Santos Leonel Júnior diagnosticado com TEA.

Desejo que este livro sirva como uma fonte proveniente de conhecimento, uma chama de luz capaz de tocar os corações de pais e responsáveis ávidos por informações práticas para auxiliar seus queridos filhos.

Uma ótima leitura.


SÍNTESE DO QUE É O AUTISMO

O autismo, também conhecido como transtorno autístico, autismo da infância, autismo infantil e autismo infantil precoce, é o TID mais conhecido. Nessa condição, existe um marcado e permanente prejuízo na interação social, alterações da comunicação e padrões limitados ou estereotipados de comportamentos e interesses. As anormalidades no funcionamento em cada uma dessas áreas devem estar presentes em torno dos três anos de idade. Aproximadamente 60 a 70% dos indivíduos com autismo funcionam na faixa do retardo mental, ainda que esse percentual esteja encolhendo em estudos mais recentes. Essa mudança provavelmente reflete uma maior percepção sobre as manifestações do autismo com alto grau de funcionamento, o que, por sua vez, parece conduzir a que um maior número de indivíduos seja diagnosticado com essa condição.

Crianças com autismo frequentemente apresentam problemas de comportamento, muitas vezes bastante severos, que incluem hiperatividade, dificuldade de prestar e/ou manter atenção, atenção hiperseletiva (i.e., tendência a prestar mais atenção nas partes/ detalhes do que no todo) e impulsividade, bem como comportamentos agressivos, autodestrutivos, perturbadores e destrutivos. Especialmente em crianças mais novas, comumente se observa uma baixa tolerância à frustração, acompanhada por "acessos de raiva; e "escândalos; – jogar-se no chão, gritar, chorar, bater com a cabeça, se morder, bater nos outros etc.

Também é bastante comum se observar em crianças autistas respostas sensoriais e perceptuais peculiares, incluindo hiper ou hipersensibilidade a estímulos sonoros, visuais, táteis, olfativos e gustativos, além de alto limiar para a dor física e um medo exagerado de estímulos ordinariamente considerados inofensivos. Assim, é comum se observar crianças autistas cobrindo os ouvidos e chorando ao ouvir sons triviais, como sons de uma descarga de banheiro ou de pessoas falando alto, ou, ao contrário, não emitindo qualquer resposta observável a estímulos sonoros em alto volume, como alguém batendo em uma panela ao seu lado. É também comum se observar crianças autistas fascinadas por certos estímulos visuais, como luzes piscando e reflexos de espelho bem como tendo certas aversões ou preferências por gostos, cheiros e texturas específicas – como se recusar a tocar certas texturas, ou ficar fascinado com certas texturas tocando, lambendo ou mesmo comendo indiscriminadamente coisas que apresentem tal textura, mesmo que não sejam comestíveis etc.


Existe certo consenso entre os especialistas de que o autismo é decorrente de disfunções do sistema nervoso central (SNC), que levam a uma desordem no padrão do desenvolvimento da criança. Estudos de neuroimagens e de autópsias, por exemplo, apontam



uma variedade de anormalidades cerebrais em indivíduos com autismo, como tamanhos anormais das amígdalas, hipocampus e corpo caloso, maturação atrasada do córtex frontal, desenvolvimento atrofiado dos neurônios do sistema límbico e padrões variados de baixa atividade em regiões cerebrais diversas, como o córtex frontal e o sistema límbico (e.g., Brambilla et al., 2003; Muller, Kleinhans, Kemmotsu, Pierce, & Courchesne, 2003; Mundy, 2003; Redcay & Courchesne, 2005). Além disso, estudos têm também evidenciado anormalidades no padrão de crescimento cerebral de crianças autistas, que, ao nascer, tendem a exibir uma circunferência craniana menor que a média, mas, entre as idades de um e dois meses e de seis e quatorze meses, apresentam um crescimento acelerado e excessivo da cabeça, mesmo em comparação a crianças com transtorno invasivo do desenvolvimento – sem outra especificação (e.g., Courchesne, Caper, & Akshoomoff, 2003; Redcay & Courchesne, 2005).

Apesar dessas evidências de anormalidades neurodesenvolvimentais vinculadas ao autismo, por conta da complexidade do SNC, bem como da grande variabilidade de manifestações sintomatológicas, até o presente momento, não foi possível determinar qualquer aspecto biológico, ambiental, ou da interação de ambos, que pareça contribuir de forma decisiva para a manifestação desse transtorno. Devido ao fato de o autismo se manifestar bastante cedo durante o desenvolvimento da criança, um grande esforço tem sido direcionado para a exploração de anomalias genéticas ou para a exposição a eventos ambientais específicos no início da vida como possivelmente relacionados à emergência de tal desordem. Porém, até recentemente, apenas 3 a 5% dos casos de autismo é estimado como vinculado a algum tipo de condição médica (Challman, Barbaresi, Katusic, & Weaver, 2003). Nesses casos, geralmente também se observa a presença de retardo mental com níveis variando entre severo e profundo (Gillberg & Coleman, 1996). Assim, atualmente, nenhum profissional qualificado propõe a existência de "uma causa; para o autismo. O máximo que se tem proposto é a identificação de fatores genéticos e biológicos que parecem contribuir para a exibição de certos sintomas ou características particulares, ou de subtipos específicos dentro da população geral de indivíduos autistas (e.g., Happé, Ronald, & Plomin, 2006).

Várias pesquisas têm oferecido evidências que sugerem algum nível de participação de fatores genéticos nos TGDs. Porém, até o momento, não se sabe ao certo que genes específicos parecem contribuir para os fenótipos característicos dos TGDs nem como exatamente eles atuam, interagindo entre si e/ou com fatores ambientais específicos. Rich et al. (1999) comentam que pelo menos 10 a 15 genes diferentes devem interagir para levar a um



quadro de TGD. Grande número de estudos tem demonstrado que anormalidades genéticas nos cromossomos 7 e 15 (mais especificamente, na região 15q11-q13) resultam em fenótipos que variam de atrasos no desenvolvimento e na linguagem a autismo (e.g., Dykens, Sutcliffe, & Levitt, 2004; Nurmi et al., 2003). Estudos mais recentes têm também apontado mutações no cromossomo 16, que, apesar de raras, foram 100 vezes mais prevalentes em crianças com TGDs do que na população em geral (e.g., Weiss et al., 2008). Entretanto, esses resultados não são conclusivos, requerendo ainda que muitas outras investigações sejam realizadas.

Vale ressaltar também que recentemente tem havido uma crescente suspeita de que a vacina tríplice viral (usada na prevenção contra o sarampo, a caxumba e a rubéola) e/ou o Timerosol (um preservativo à base de mercúrio amplamente utilizado em vacinas) são possíveis causadores de autismo. Apesar de existir um grande grupo de pais e profissionais que defendem arduamente tal afirmação, até o momento, nenhum dos inúmeros estudos realizados em vários países, como Estados Unidos, Dinamarca, Japão, Canadá, entre outros, ofereceram evidências positivas nesse sentido (e.g., Center for Biologics Evaluation and Research [CBER], n.d.; Fombonne, 2008; Fombonne et al., 2006; Ip, Wong, Ho, Lee, & Wong, 2004; Madsen et al., 2002, 2003; Parker, Schwartz, Todd, & Pickering, 2004; Rutter, 2005; Strauss & Bigham, 2001; Thompson et al., 2007; Verstraeten et al., 2003). De toda forma, desde 1999, foi formalmente requerido aos fabricantes de vacinas nos Estados Unidos, pelo Serviço de Saúde Pública, a eliminar ou a minimizar a quantidade de Timerosol das vacinas (American Academy of Pediatrics [AAP], 1999). Apesar de todos os esforços que estão sendo realizados nos Estados Unidos para reduzir ao mínimo a exposição geral da população ao mercúrio, a incidência dos casos de autismo continua aumentando no país (Newsom & Hovanitz, 2006; Schechter & Grether, 2008).

O PREDOMÍNIO DO AUTISMO

Como já destacado anteriormente, a incidência de casos de autismo tem aumentado de forma significativa durante as últimas décadas. Os primeiros estudos epidemiológicos indicavam uma prevalência de 4 a 5 casos de autismo infantil por 10.000 nascimentos (Lotter, 1966; Wing & Gould, 1979). Investigações mais recentes, porém, estimam um aumento drástico de casos, atingindo a média de 40 e 60 casos a cada 10.000 nascimentos (e.g., Baird et al., 2000; Barbaresi et al., 2006; Bertrand et al., 2001; Chakrabarti & Fombonne, 2001; Fombonne et al., 2006; Gernsbacher, Dawson, & Goldsmith, 2005; Schechter & Grether, 2008).

Apesar de muitas pesquisas e debates, até o momento, não se sabe ao certo se esse aumento realmente reflete um crescimento genuíno do número de casos. Contudo, mesmo que estejamos longe de encontrar uma resposta definitiva para tal pergunta, certamente podemos afirmar que esse aumento se deve, pelo menos em parte, a outros fatores, como a recente ampliação dos critérios diagnósticos, permitindo, assim, que maior gama de casos (com perfis desenvolvimentais mais variados) seja incluída dentro do espectro. Existe também uma melhora na capacitação dos profissionais, o que leva a melhor detecção de casos que antes não eram diagnosticados, ou eram diagnosticados erroneamente (e.g., Barbaresi et al., 2006; Coury & Nash, 2003; Fombonne et al., 2006).

Quanto à proporção de incidência entre indivíduos do sexo masculino e feminino, estudos indicam que o autismo é quatro vezes mais prevalente em meninos do que em meninas em indivíduos com níveis normais de inteligência (Newsom & Hovanitz, 2006). Essa prevalência, porém, tende a diminuir significativamente quando se compara meninos e meninas autistas com níveis intelectuais mais comprometidos (retardo mental profundo), chegando a 1,3 casos de meninos para cada 1 caso de menina investigada (Yeargin-Allsopp et al., 2003). Isso sugere que, apesar de casos de autismo serem mais raros em meninas, estes tendem a ser acompanhados por maior comprometimento cognitivo e funcional.


O MÓBIL DO AUTISMO

A ONU, que estabeleceu 2 de abril como Dia Mundial de Conscientização do Autismo, afirma haver cerca de 70 milhões de autistas no mundo - sendo mais comum em meninos do que meninas. No Brasil, não há estatísticas oficiais, mas se estima que 2 milhões de pessoas estejam no espectro autista.

Um projeto de lei circula na Câmara dos Deputados propondo a coleta obrigatória de dados sobre autismo nos censos demográficos a partir de 2018. O que mais intriga cientistas do mundo inteiro, no entanto, é por que essa síndrome se desenvolve. Mas o que causa o autismo então? Não há uma resposta definitiva. Assim como cada criança autista é única, as causas que levam a essa desordem neurológica também são únicas, podendo haver uma ou várias associações. Existem algumas teorias do porquê do autismo", diz Patrícia Beltrão Braga, professora de embriologia e genética da Universidade de São Paulo (USP). "Temos fatores genéticos influenciando, então seria uma carga hereditária ou mutações novas. Outras teorias dizem que pode haver uma influência do ambiente, como uma infecção, algum remédio que a mãe tomou ou até poluição, diz. No estudo *O que causa o autismo? Explorando a contribuição ambiental*, da Escola de Medicina Mount Sinai, de Nova York, publicado em 2010, foram listados agentes que, em contato com a mãe durante a gravidez, causariam TEA no feto que está se formando: talidomida (usado para tratamento de doenças como câncer, lúpus, tuberculose, entre outras), misoprostol (para combater úlcera), ácido valpróico (para tratamento de epilepsia e transtorno bipolar), infecção por rubéola e clorpirifós (agrotóxico utilizado para controle de pragas). Outros fatores ambientais estão sendo estudados como possíveis causadores do autismo.

A questão é saber qual a porcentagem de "culpabilidade" desses agentes, isto é, se eles sozinhos causam autismo ou se precisam estar ligados a fator genético ou biológico. No Instituto de Biociências da USP há uma outra linha de investigação. "Conseguimos ver uma relação causal entre a neuroinflamação e o autismo", relata Beltrão Braga. A partir da análise de dentes de leite doados por familiares de crianças autistas, os cientistas da USP constataram que a inflamação dos astrócitos (células que estão no cérebro), ocasionada por um desequilíbrio do sistema imune, prejudicava o desenvolvimento dos neurônios - os quais ficavam menos ativos, ocasionando o autismo, segundo os pesquisadores.

Vale destacar, porém, que o estudo abrangeu apenas crianças diagnosticadas com o autismo clássico, o que significa que nem todas as variantes do espectro poderiam ser enquadradas nessa possível causa. O que se acredita com mais força que seja causador do




autismo é uma base genética, quer seja hereditária, em que os pais passaram para o filho, quer seja uma mutação nova, em que aparece somente na criança. A complexidade é que existem centenas de genes", explica o psiquiatra Estevão Vadasz, criador do Programa Transtornos do Espectro Autista da Faculdade de Medicina da USP. Já foram identificados entre 700 e 800 genes descritos como causadores de alguns casos de autismo. Os estudos estão avançando e, provavelmente, daqui a poucos anos a gente vai conseguir descobrir um número maior de genes e mapear melhor esses indivíduos que têm autismo e talvez entender quais foram as causas de cada um", prevê Beltrão Braga.

Embora várias associações possam estar correlacionadas à causa do TEA, na genética os pesquisadores conseguem trabalhar com elementos mais objetivos. A comparação de gêmeos idênticos (que compartilham 100% do mesmo material genético) e não-idênticos (que compartilham 50% do mesmo material genético) é uma das formas que os acadêmicos utilizam para esclarecer o aspecto genético do transtorno. Foi constatado em estudos que, no caso de gêmeos idênticos, a probabilidade de ambos os irmãos terem autismo era de cerca de 70%. Isso baixava para 30% no caso de gêmeos não idênticos e ficava abaixo de 20% entre irmãos não gêmeos.

Outro levantamento feito na Suécia analisou todos os nascimentos no país entre 1973 e 2001. Foi constatado que o risco de uma criança nascer com autismo aumentava à medida que a idade do pai avançava. Isso ocorreria porque os espermatozóides teriam mais mutações genéticas. No instituto de pesquisa Simons Foundation Autism Research Initiative (SFARI), de Nova York, foram analisadas as informações genéticas de 2,5 mil famílias com uma criança autista, mas cujos pais e mães não apresentavam histórico de TEA. Ao comparar o DNA da criança com o dos pais foi constatado que em cerca 25% dos casos ocorreu a chamada "mutação de novo", isto é, que não foi herdada por nenhum dos pais - a alteração de um ou de alguns genes ocorreu apenas na criança.

Com isso, foi possível identificar com clareza a causa genética do transtorno. Nos demais 75% dos casos, no entanto, os pesquisadores não conseguiriam verificar as possíveis origens do autismo. A medicina e a biologia não são como a matemática. Sempre vai ter uma parcela de indivíduos de quem não vamos saber a causa, o motivo pelo qual ele desenvolveu o quadro de autismo", diz Beltrão Braga. Há também, segundo a neurocientista, uma questão de suscetibilidade. "Temos uma combinação genética que às vezes torna o indivíduo mais suscetível a uma alteração que o ambiente está forçando ou mais resistente", ela diz. Quando



todos ficam gripados na mesma casa, por exemplo, um não fica mais afetado do que o outro? É a genética que faz cada indivíduo responder de formas diferentes a agentes externos."

Desvendar as múltiplas associações à etiologia do autismo é um desafio aos cientistas e uma esperança às milhares de famílias ao redor do mundo que convivem com essa condição permanente. Não há uma cura, mas sim tratamentos focando em terapias comportamentais e físicas. Ao mesmo tempo, o conhecimento genético traria, teoricamente, a possibilidade de se consertar uma mutação ou desenvolver um medicamento específico, por exemplo. É uma linha de pesquisa, contudo, que trará muitas discussões, em particular no campo ético, como ressaltou em um artigo Simon Baron Cohen, diretor do Centro de Pesquisa de Autismo da Universidade de Cambridge e uma referência mundial no estudo de TEA.

"A ética do mapeamento genético ou da terapia genética deve ser pensada bem antes desses ficarem disponíveis. (...) Pesquisas futuras deverão focar na avaliação de até quando qualquer forma de intervenção reduz as deficiências enquanto apoia as virtudes de cada autista."

OS PRIMEIROS SINAIS DE AUTISMO NO RONALDO JÚNIOR


No dia 23 de fevereiro de 2013 nosso pequeno Ronaldo dos Santos Leonel Júnior ou Juninho, apresentou os primeiros sinais que algo de errado estava acontecendo. Ficamos apavorados sem entender o que se passava com nosso filho que do nada deixou de falar palavras que ele já pronunciava no dia a dia, como: papai, mamãe, quero água, quero mingau, vovô, vovó e outras palavrinhas. Nessa época ele estava com 3 anos e 2 meses de idade.

Começamos imaginar um monte de possíveis respostas para o que estava ocorrendo, várias indagações surgiam constantemente na minha cabeça: será que foi o fato de termos mudado do campo para cidade? Será que foi a baba que fez algo de errado com nosso filho? Será que é porque tanto eu como minha esposa trabalhamos muito e durante o dia e nossa atenção não é o suficiente? Essas e muitas outras incógnitas surgiam sem cessar ao ponto de perde noites de sono. Foi aí que decidimos levar nosso filho em uma psicóloga da rede privada. Foi uma decisão muito difícil mais necessária, pois estávamos completamente perdidos e desorientados, ou seja, literalmente sem chão.

Nesse primeiro contato com uma profissional da área da saúde, foi difícil, pra nós, e para medica, pois estávamos apreçados para obter respostas e sufocamos a psicóloga com suspeitas que tínhamos e que acreditávamos ser uma das respostas pra situação. O final dessa consulta foi decepcionante, nossa ignorância nos fez entender naquele momento que a médica não entendia e nem podia nos ajudar. Então procuramos uma neuropediatra também da rede privada de saúde no município de Altamira.

Nessa segunda tentativa desesperada por soluções tivemos mais calma e cautela ao relatar todo o acontecido para a neuropediatra que nos ouviu por muito tempo sem pronunciar uma só palavra. Quando terminamos de descarregar tudo que estávamos sentindo a médica de forma calma e humana ofereceu para mim um copo com água e pediu que me acalmasse. Escutamos atentamente o parecer da profissional. Lembro-me como se fosse hoje a neuropediatra falando que a partir daquele momento estaríamos iniciando uma investigação sem prazo definido de término, pois ela precisava juntar muitas peças do quebra cabeça ali posto por nós, e nos adiantou que precisávamos ser extremamente rigorosos no tratamento e sobre tudo no acompanhamento dessa investigação.

Foram quase 2 anos com várias sessões, quando no dia 30 de novembro de 2015 ela nos informou que nosso pequeno Júnior apresentava atraso importante do desenvolvimento da linguagem, com pautas autistas e déficit cognitivo. Foi um choque, choramos muito.



Hoje no Brasil há uma grande quantidade de pais que abandonam seus filhos ao saber que ele tem algum tipo de deficiência física ou intelectual, infelizmente essa atitude é um fator decisivo no tratamento dessas crianças, e essa ausência sobrecarrega quase sempre mães que precisam se desdobrar entre cuidar de casa, trabalhar fora para o sustento da família e acompanhar seus filhos nos tratamentos. Com o Ronaldo Júnior, foi diferente, desde do primeiro sinal até o diagnóstico estive presente e atento em todas as etapas do seu desenvolvimento tanto antes como depois, aliás depois com muito mais empenho ainda.

O DIAGNOSTICO

O diagnóstico de autismo é estabelecido minuciosamente com base em uma lista de critérios comportamentais. Em diversos países da Europa e da América do Norte, incluindo os Estados Unidos e o Canadá, especialistas na área recomendam que o diagnóstico seja feito com base nos critérios estabelecidos pelo ICD-10 (WHO, 1992) e/ou pelo DSM-IV-TR (APA, 2003).

Os critérios do DSM-IV-TR, para que a criança seja diagnosticada com transtorno do espectro autista- TEA, é preciso que ela apresente pelo menos seis da lista de doze sintomas apresentados na Tabela 1, sendo que pelo menos dois dos sintomas devem ser na área de interação social, pelo menos um na área de comunicação, e pelo menos um na área de comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados.

Tabela 1. Lista de sintomas do Transtorno do Espectro Autista TEA.

• Comprometimento qualitativo da interação social.

- a) Comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contato visual, expressão facial, postura corporal.
- b) Fracasso em desenvolver relacionamento com seus pares.
- c) Ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou com outras pessoas. Ausência de reciprocidade social ou emocional.

• Comprometimento qualitativo da comunicação

- a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhada por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica).
- b) Em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa.
- c) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.
- d) Ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variada e espontânea próprias do nível de desenvolvimento.

• Padrões restritos e repetitivos de comportamento

- a) Preocupações insistentes com um ou mais padrões estereotipados e restrito de interesses, anormais em intensidade ou foco

- b) Adesão aparentemente inflexível a rotina ou rituais específicos e não funcionais.
- c) Maneirismo motores estereotipados e repetitivos (exemplo: agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo).
- d) Preocupações persistente com partes de objeto.


Outrossim, a criança deve também ter iniciado a exibir atrasos (ou funcionamento atípico), até a idade de três anos, em, pelo menos, uma das áreas específicas: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) brincadeiras ou jogos simbólicos ou imaginários. Vale ressaltar, ainda, que o diagnóstico de transtorno autista apenas deve ser estabelecido quando o quadro não for mais bem explicado pelo transtorno de Rett ou pelo transtorno desintegrativo da infância, que não estão sendo aqui discutidos, mas que fazem parte dos transtornos globais do desenvolvimento (TGDs) não-autísticos.

Nosso pequeno Júnior, encaixa-se em boa parte dos indicativos apresentados acima na tabela. Como visto, no ano de 2015, após 2 anos de investigação recebemos o diagnóstico do Ronaldo Júnior, dia 30 de novembro, dia que jamais esqueceremos, pois foi exatamente nesta data, que tomei a decisão que a partir da li passaria a viver esse mundo mágico do autismo.

Crianças com autismo frequentemente apresentam problemas de comportamento, muitas vezes bastante severos, que incluem hiperatividade, dificuldade de prestar e/ou manter atenção, atenção hiperseletiva (tendência a prestar mais atenção nas partes/ detalhes do que no todo) e impulsividade, bem como comportamentos agressivos, autodestrutivos, perturbadores e destrutivos.



O Ronaldo Júnior já no início dos primeiros sinais de autismo apresentou comportamentos semelhantes aos apresentados na tabela usada para ajudar a diagnosticar o Transtorno dos Espectro Autista TEA, obviamente que esses comportamentos apresentam-se de forma variada por exemplo: **O comprometimento qualitativo da interação social no**




Ronaldo Júnior, está bem explícito no comprometimento acentuado que ele apresenta no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contato visual, expressão facial, postura corporal e na ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses com outras pessoas. **No comprometimento qualitativo da comunicação** ele, apresentou atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada, além de, Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática e ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variada e espontânea próprias do nível de desenvolvimento. Com relação aos **Padrões restritos e repetitivo do comportamento** nosso pequeno rei autista Ronaldo Júnior apresentou: Preocupações insistentes com um ou mais padrões estereotipados e restrito de interesses, anormais em intensidade ou foco, maneirismo motores estereotipados e repetitivos (exemplo: agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo e levemente preocupações persistente com partes de objeto).

Problemas sensoriais

Também é bastante comum se observar em crianças autistas respostas sensoriais e perceptuais peculiares, incluindo hiper ou hipossensibilidade a estímulos sonoros, visuais, táteis, olfativos e gustativos, além de alto limiar para a dor física e um medo exagerado de estímulos ordinariamente considerados inofensivos. Assim, é comum se observar crianças autistas cobrindo os ouvidos e chorando ao ouvir sons triviais, como sons de uma descarga de banheiro ou de pessoas falando alto, ou, ao contrário, não emitindo qualquer resposta observável a estímulos sonoros em alto volume, como alguém batendo em uma panela ao seu lado. É também comum se observar crianças autistas fascinadas por certos estímulos visuais, como luzes piscando e reflexos de espelho bem como tendo certas aversões ou preferências por gostos, cheiros e texturas específicas – como se recusar a tocar certas texturas, ou ficar fascinado com certas texturas tocando, lambendo ou mesmo comendo indiscriminadamente coisas que apresentem tal textura, mesmo que não sejam comestíveis etc. (e.g., Charman & Baird, 2002; Filipek et al., 1999; Newsom & Hovanitz, 2006).

Problemas médicos

Problemas gastrointestinais são frequentemente observados em crianças autistas, incluindo episódios recorrentes de diarreia e/ou constipação, além de refluxo, alergias ou intolerâncias alimentares (e.g., Newsom & Hovanitz, 2006). Crianças autistas também tendem a apresentar problemas severos de alimentação e de sono (e.g. Nash & Coury, 2003). Quanto à alimentação, é comum, por exemplo, casos de dieta hipersetiva, que, muitas vezes, levam




a problemas de saúde como desnutrição, além de casos de Pica (e.g., Filipek et al., 1999), condição na qual há um consumo persistente de substâncias não nutritivas e não comestíveis, que freqüentemente pode levar a intoxicações, como a intoxicação por chumbo (e.g., Shannon & Graef, 1997). Em relação ao sono, observa-se dificuldade para adormecer bem como para se manter adormecido durante todo o ciclo de sono, entre outros (e.g., Schreck & Mulick, 2000; Newsom & Hovanitz, 2006).

Muitas crianças autistas também apresentam uma história de otite recorrente e, em alguns casos, de problemas auditivos (e.g., Barbaresi et al., 2006; Newsom & Hovanitz, 2006). Problemas neurológicos podem também estar presentes. Em alguns casos, indivíduos autistas podem vir a desenvolver transtornos convulsivos ou epilepsia durante a infância ou adolescência (e.g., Barbaresi et al., 2006; Filipek et al., 1999; Nash & Coury, 2003; Newsom & Hovanitz, 2006). Mesmo na ausência de convulsões ou epilepsia, em muitos casos, estudos de imagens e de atividades cerebrais revelam irregularidades neurológicas, sem que seja possível identificar padrões específicos de anormalidade (e.g., Barbaresi et al., 2006; Charman & Baird, 2002; Filipek et al., 1999; Newsom & Hovanitz, 2006).

Etiologia


Existe certo consenso entre os especialistas de que o autismo é decorrente de disfunções do sistema nervoso central (SNC), que levam a uma desordem no padrão do desenvolvimento da criança. Estudos de neuroimagens e de autópsias, por exemplo, apontam uma variedade de anormalidades cerebrais em indivíduos com autismo, como tamanhos anormais das amígdalas, hipocampos e corpo caloso, maturação atrasada do córtex frontal, desenvolvimento atrofiado dos neurônios do sistema límbico e padrões variados de baixa atividade em regiões cerebrais diversas, como o córtex frontal e o sistema límbico (e.g., Brambilla et al., 2003; Muller, Kleinhans, Kemmotsu, Pierce, & Courchesne, 2003; Mundy, 2003; Redcay & Courchesne, 2005). Além disso, estudos têm também evidenciado anormalidades no padrão de crescimento cerebral de crianças autistas, que, ao nascer, tendem a exibir uma circunferência craniana menor que a média, mas, entre as idades de um e dois meses e de seis e quatorze meses, apresentam um crescimento acelerado e excessivo da cabeça, mesmo em comparação a crianças com transtorno invasivo do desenvolvimento – sem outra especificação (e.g., Courchesne, Caper, & Akshoomoff, 2003; Redcay & Courchesne, 2005).



Apesar dessas evidências de anormalidades neurodesenvolvimentais vinculadas ao autismo, por conta da complexidade do SNC, bem como da grande variabilidade de manifestações sintomatológicas, até o presente momento, não foi possível determinar qualquer aspecto biológico, ambiental, ou da interação de ambos, que pareça contribuir de forma decisiva para a manifestação desse transtorno. Devido ao fato de o autismo se manifestar bastante cedo durante o desenvolvimento da criança, um grande esforço tem sido direcionado para a exploração de anomalias genéticas ou para a exposição a eventos ambientais específicos no início da vida como possivelmente relacionados à emergência de tal desordem. Porém, até recentemente, apenas 3 a 5% dos casos de autismo é estimado como vinculado a algum tipo de condição médica (Challman, Barbaresi, Katusic, & Weaver, 2003). Nesses casos, geralmente também se observa a presença de retardo mental com níveis variando entre severo e profundo (Gillberg & Coleman, 1996). Assim, atualmente, nenhum profissional qualificado propõe a existência de "uma causa" para o autismo. O máximo que se tem proposto é a identificação de fatores genéticos e biológicos que parecem contribuir para a exibição de certos sintomas ou características particulares, ou de subtipos específicos dentro da população geral de indivíduos autistas (e.g., Happé, Ronald, & Plomin, 2006).

Várias pesquisas têm oferecido evidências que sugerem algum nível de participação de fatores genéticos nos TGDs. Porém, até o momento, não se sabe ao certo que genes específicos parecem contribuir para os fenótipos característicos dos TGDs nem como exatamente eles atuam, interagindo entre si e/ou com fatores ambientais específicos. Rich et al. (1999) comentam que pelo menos 10 a 15 genes diferentes devem interagir para levar a um quadro de TGD. Grande número de estudos tem demonstrado que anormalidades genéticas nos cromossomos 7 e 15 (mais especificamente, na região 15q11-q13) resultam em fenótipos que variam de atrasos no desenvolvimento e na linguagem a autismo (e.g., Dykens, Sutcliffe, & Levitt, 2004; Nurmi et al., 2003). Estudos mais recentes têm também apontado mutações no cromossomo 16, que, apesar de raras, foram 100 vezes mais prevalentes em crianças com TGDs do que na população em geral (e.g., Weiss et al., 2008). Entretanto, esses resultados não são conclusivos, requerendo ainda que muitas outras investigações sejam realizadas.

Vale ressaltar também que recentemente tem havido uma crescente suspeita de que a vacina tríplice viral (usada na prevenção contra o sarampo, a caxumba e a rubéola) e/ou o Timerosol (um preservativo à base de mercúrio amplamente utilizado em vacinas) são possíveis causadores de autismo. Apesar de existir um grande grupo de pais e profissionais



que defendem arduamente tal afirmação, até o momento, nenhum dos inúmeros estudos realizados em vários países, como Estados Unidos, Dinamarca, Japão, Canadá, entre outros, ofereceram evidências positivas nesse sentido (e.g., Center for Biologics Evaluation and Research [CBER], n.d.; Fombonne, 2008; Fombonne et al., 2006; Ip, Wong, Ho, Lee, & Wong, 2004; Madsen et al., 2002, 2003; Parker, Schwartz, Todd, & Pickering, 2004; Rutter, 2005; Strauss & Bigham, 2001; Thompson et al., 2007; Verstraeten et al., 2003). De toda forma, desde 1999, foi formalmente requerido aos fabricantes de vacinas nos Estados Unidos, pelo Serviço de Saúde Pública, a eliminar ou a minimizar a quantidade de Timerosol das vacinas (American Academy of Pediatrics [AAP], 1999). Apesar de todos os esforços que estão sendo realizados nos Estados Unidos para reduzir ao mínimo a exposição geral da população ao mercúrio, a incidência dos casos de autismo continua aumentando no país (Newsom & Hovanitz, 2006; Schechter & Grether, 2008).

Com o diagnóstico em mãos, iniciamos a busca por atendimentos na rede pública como: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatria infantil, neurologia pediátrica, psicologia infantil e outros. Nessa etapa tivemos uma enorme decepção e encontramos uma desestruturação total no sistema municipal de atendimento a pessoas com deficiência, foi uma sensação horrível, ficamos sem saber e sem entender o porquê de tal “bagunça” em um sistema que deveria funcionar de forma exemplar.

Nesse depoimento fiz questão de registrar passo a passo após o diagnóstico de TEA do meu filho, isso por que acredito ser importantíssimo e servirá como reflexão futura a outros pais. Portanto a partir de agora dividirei em três fases fundamentais tanto na construção desse trabalho como também no tratamento, sendo elas: selecionar atividades educacionais, terapêuticas e, clínicas pedagógicas a serem realizadas pelo meu reizinho, construção de um roteiro de acompanhamento para cada atividades realizadas e avaliar os resultados de todas as atividades e a partir daí reorganizá-los.

A seleção de atividades educacionais, terapêuticas, medicas e pedagógicas a serem realizadas pelo meu reizinho, foi uma etapa dinâmica pois para qualquer tratamento é necessário um conjunto de técnicas comprovadas cientificamente adicionadas a lógica. A partir daí, iniciei um detalhamento acerca do que era mais aproximado e produtivo para essa etapa e através de indagações como: qual a finalidade dessa atividade? Qual o objetivo pretendido com ela? E por que esse exercício ou técnica nos levara a tal resultado?

Obviamente que essa fundamentação não surgiu do acaso, comecei a pensar na elaboração desse roteiro depois que, debrucei-me firmemente em estudos arrolados ao tema, a partir de então, construí um cronograma próprio para o Ronaldo Júnior. As atividades educacionais, terapêuticas, clínicas e pedagógicas foram organizadas conforme forma a tabela abaixo:

Cronograma semanal das atividades			
Dia	Modalidade	Local	Horário
Segunda	Escolar	Escola	7:30 as 11:30
	Clinico pedagógico	APAE	13:30 as 17:00
Terça	Escolar	Escola	7:30 as 11:30
	Atendimento no AEE	Escola	16:00 as 17:30
Quarta	Escolar	Escola	7:30 as 11:30
	Fonoaudióloga, TO	Clinica Mais	16:00 as 17:30
	Natação	Rio Xingu	17:30 as 18:30
Quinta	Escolar	Escola	7:30 as 11:30
	Atendimento no AEE	Escola	16:00 as 17:30
	Natação	Rio Xingu	17:30 as 18:30
Sexta	Escolar	Escola	7:30 as 11:30
	Clinico pedagógico	APAE	13:30 as 17:00
OBS: o atendimento médico clínico como: neurologia e psiquiatria infantil será realizado a depender da agenda medica e necessidade do Ronaldo Junior e aos sábados e domingos realizamos outras atividades em família como: passeio na chácara, pedaladas e outros.			

CRISES E COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO JUNINHO



Irritação, gritaria e agressividade. Se você é pai, mãe ou convive de perto com alguém que faça parte do TEA, sabe que esse que isso é bastante comum no comportamento autista. Essas crises, muitas vezes, chegam a tal ponto que a agressividade é voltada para si mesmo, ou seja, a própria criança vive os prejuízos da violência. Além disso, a família pode sofrer dentro e fora de casa. Essas crises, quando em público, acentuam a probabilidade de que a resposta da sociedade seja negativa, afinal, ainda existe muita desinformação sobre o assunto.

O livro **“GRANDE JÚNIOR HÓ”** traz, uma proposta eficiente que pode ajudar a combater a agressividade e comportamentos inadequados. Afinal, comportamento inadequado ocorre com todos dentro do transtorno do espectro autista.

Existem dois fatores no autismo que estão intimamente ligados à agressividade: a dificuldade na verbalização das ideias e a alta sensibilidade a cores, sons, cheiros, etc. A agressividade pode começar quando a criança sente tantas coisas e tudo que ela consegue transmitir em gestos ou palavras lhe parece insuficiente. Assim também são as questões da sensibilidade, muitas vezes afetada pelas mudanças no ambiente que, para uma pessoa neurotípica, podem passar despercebidas.

Estudos norte-americanos apontaram que a incidência do comportamento agressivo atinge, pelo menos 1 em cada 4 crianças autistas. Também as mesmas pesquisas indicaram que crianças com autismo leve e com baixo quociente de inteligência estão mais propensas a terem as crises nervosas.

Indo ainda mais fundo na origem do problema, uma característica do autismo chamada de perseverança cognitiva (aqueles que falam muito sobre o mesmo assunto) pode levar o

indivíduo com TEA a insistir mais em sentimentos negativos. Assim, esses sentimentos vão se transformando em crises que se repetem ao longo de um período. No entanto, nada disso quer dizer que o autismo é, por si só, um fato motivador de uma agressividade intencional.

Partindo de um modelo encontrado no Livro **O REIZINHO AUTISTA** de Mayra Gaiato e Gustavo Teixeira, montamos um quadro de rotina específico para o Júnior



Hora do banho- 06:00 h



Hora do café da manhã –06:40 h



Hora de ir para escola – 07:15 h



Hora do almoço 12:00 h



Hora de ir APAE OU AEE – 13:30 h



Hora da tarefa de casa



Hora da natação – 17:00 h



Hora da pedalada 17:00 h



Hora do remédio 19:00 h



Hora da equoterapia

Além da construção de um quadro de rotina é importante consultar médicos, terapeutas, psicólogos e outros especialistas para entender a fundo o que vem ocorrendo com aquela criança ou adolescente. Assim, você poderá oferecer tratamento e alívio a essa característica no comportamento autista. As explosões acontecem porque os sentimentos estão se acumulando naquele autista, sem que ele consiga se expressar de uma forma que funcione para as duas partes. Sabendo controlar os seus próprios sentimentos, você impede que o seu nervosismo seja somado à situação, o que só piora o momento.

É importantíssimo lembrar que a criança com TEA, que normalmente já tem dificuldade de entender o que você quer dizer, terá esse discernimento prejudicado em função do momento raiva. Nesse caso, seja claro e utilize frases objetivas. Por exemplo: em vez de dizer “filho, fiquei quieto e sente-se”, diga apenas “sente-se”.

Por fim, para a prevenção, é necessário uma ação em conjunto com pais, médicos, professores e demais envolvidos na vida do autista. Todos precisam colaborar para construir ambientes calmos, previsíveis e recompensadores. Como já comentamos em outro texto por aqui, não se apaga fogo com fogo.

JUNINHO E A INFÂNCIA



Na abordagem inicial do livro **GRANDE JÚNIOR HÓ**, verifica-se, que o autismo manifesta-se na infância e caracteriza-se por prejuízos crônicos no desenvolvimento social, ao lado de distúrbios de comunicação e padrões de comportamento limitados ou repetitivos. É evidente a existência de processos genéticos e de desenvolvimento neural em sua etiologia; ocorre com frequência quatro vezes maior em meninos e pode estar associado a retardo mental. Nos últimos anos, uma melhor compreensão sobre algumas das características sociais do autismo e de distúrbios relacionados levou a progressos na identificação e no diagnóstico precoces. Esses avanços talvez tenham contribuído para o aumento de reconhecimento e da prevalência do autismo em todo o mundo.

A infância do nosso reizinho autista iniciou no campo. Mudamos para a zona urbana no ano de 2013 quando fui transferido de localidade de trabalho, e foi exatamente neste período que o autismo do Ronaldo começou a aflorar.


As diferenças individuais nas manifestações do autismo são evidentes, e constituem um elemento de complexidade que dificulta os esforços para a compreensão e o tratamento desse distúrbio. O protótipo da criança autista como “não responsiva e distante” descreve apenas um subgrupo. Algumas crianças e alguns adolescentes autistas podem ser bastante interativos, ter habilidades linguísticas bem desenvolvidas e sair-se bem na sala de aula, mas ainda assim podem sofrer limitações sociais significativas e debilitantes.

PESQUISAS E CONCLUSÕES

Charman, Stone e Turner, e Sigman e Spence ofereceram resumos convincentes que salientam muitos dos elementos essenciais da pesquisa e da teorização atuais sobre essa síndrome. Cada um desses eminentes cientistas aponta a importância da pesquisa para o aperfeiçoamento de métodos para a identificação mais precoce possível de crianças autistas. O progresso na compreensão dos *deficits* de comunicação não verbal inicial associados ao autismo facilitou o desenvolvimento de avaliações do autismo em crianças pequenas, entre 18 e 36 meses de idade (ver Stone e Turner). No entanto, esses métodos continuam imprecisos. Além da identificação dos *deficits* (sintomas negativos), a identificação de sintomas positivos de autismo – tais como vocalizações atípicas – em crianças pequenas pode ajudar a melhorar esses métodos. A descoberta de marcadores biológicos ou genéticos do autismo também pode ser crítica para o aperfeiçoamento futuro da identificação precoce.

A identificação precoce permite a intervenção em uma etapa mais inicial da vida, que pode ser mais eficaz para o tratamento da natureza do autismo enquanto fenômeno do desenvolvimento. Uma teoria “construtivista” de autismo sugere que: a) é necessária a participação ativa dos bebês em interações sociais com outras pessoas para o desenvolvimento sociocomunicativo e neurocomportamental típico na primeira infância; e b) as limitações sociocomunicativas impedem que as crianças autistas sejam participantes ativas de interações sociais desde muito cedo. Portanto, o distúrbio de comunicação social pode ser ao mesmo tempo um *sintoma precoce de autismo*, e também um fator que contribui para um processo atípico de desenvolvimento que resulta em sintomas, tais como os *deficits* de cognição social que se desenvolvem mais tarde na vida de crianças autistas. O tratamento precoce do distúrbio de comunicação social pode ser uma das maneiras mais eficazes de reduzir o componente pernicioso associado ao desenvolvimento da patologia do autismo.

Como foi apontado nessas revisões, a esperança de desenvolvimento de tratamentos eficazes para o autismo foi prejudicada pela escassez de ensaios clínicos randomizados sobre os tratamentos. Esse tipo de estudo é necessário para garantir que vieses experimentais, tais como diferenças críticas entre os grupos de crianças submetidos aos tratamentos comparativos, não comprometam as conclusões que poderiam ser tiradas quanto à eficácia dos tratamentos. Isto é importante, porque mesmo os tratamentos para os quais há mais evidências bem-documentadas de eficácia parecem ser menos eficazes com crianças que apresentam sintomas mais intensos, e mais eficazes com aquelas que têm um perfil sintomático menos intenso. Continua a ser um desafio fundamental compreender como



intervir de maneira eficaz com todas as crianças autistas. Uma das abordagens é a identificação e a compreensão das diferenças individuais relacionadas à responsabilidade ao tratamento. Por exemplo, Bono, Daily e Sigman relataram que crianças autistas que desenvolveram melhor a atenção conjunta e são mais ativas na orientação da atenção para aquilo que os parceiros olham podem ser mais responsivas a intervenções precoces.

Uma outra abordagem pode ser a combinação de terapia comportamental, psicoeducacional, com farmacoterapia, ou utilização de medicamentos para combater os sintomas do autismo. No entanto, depois que as crianças viveram muitos meses, ou mesmo anos, de interações e desenvolvimento atípicos, pode ser difícil que a medicação, por si só, leve diretamente à aquisição de marcos críticos do desenvolvimento, tais como linguagem ou cognição social. Focalizando alguns dos sintomas do autismo, ou reduzindo complicações secundárias que podem impedir a aprendizagem – por exemplo, distúrbios gastrointestinais –, a medicação talvez melhore a capacidade de crianças autistas de participar da aprendizagem social. Entretanto, para que sejam obtidos efeitos no longo prazo, pode ser necessário, além da farmacoterapia, um período de recuperação psicoeducacional do desenvolvimento. A compreensão da sinergia entre tratamentos comportamentais e medicamentosos para o autismo, levando cuidadosamente em consideração os riscos da farmacoterapia para crianças pequenas, é uma meta importante para pesquisas futuras.

TRATAMENTO E PLANEJAMENTO

O Tratamento e o planejamento é a etapa mais importante do percurso infundável ao desenvolvimento de habilidades sociais e esse, deve ser abordada na escola, comunidade, saúde comportamental e **AMBIENTE FAMILIAR**.

Crianças e jovens com autismo devem ter orientação antecipada para condições comuns, encaminhamento conforme necessidade para cuidados especiais e gerenciamento contínuo em seu lar. Pais, professores, profissionais da área da saúde e outros devem estar cientes dos desafios comportamentais comuns enfrentados por crianças e jovens com autismo e devem estar preparados para fornecer o melhor atendimento possível afim promover o bem-estar dos indivíduos com autismo.

Nessa etapa seguindo orientações de outros guias montamos nosso **PLANO INDIVIDUAL DE TRATAMENTO – PIT**. Esse plano visa contemplar as necessidades do Ronaldo Júnior levando em conta obviamente, uma miscelânea de possibilidades específicas.

O grande desafio inicial foi justamente identificar as necessidades específicas do nosso Juninho, para assim construir um plano individual capaz de atender as potencialidades do nosso reizinho azul.

Destacamos nessa etapa as seguintes modalidades:

- 1. Psicoeducação;**
- 2. Terapia comportamental;**
- 3. Medicação;**
- 4. Treinamentos de habilidades sociais;**
- 5. Fonoaudiologia;**
- 6. Terapia ocupacional;**
- 7. Atividades complementares;**

1. PSICOEDUCAÇÃO;

O atendimento **psicoeducacional**, no contexto escolar é um conjunto de procedimentos realizados no espaço – escolar, com intuito de investigar o processo de ensino-aprendizagem para entender a origem dos problemas de aprendizagem do aluno com algum tipo de deficiência propondo intervenções pedagógicas pautadas na qualidade educacional e sobretudo de vida também.


2. TERAPIA COMPORTAMENTAL;

A **Terapia Cognitivo Comportamental** ou TCC é uma abordagem da psicoterapia baseada na combinação de conceitos do Behaviorismo radical com teorias cognitivas. A TCC entende a forma como o ser humano interpreta os acontecimentos como aquilo que nos afeta, e não os acontecimentos em si.

3. MEDICAÇÃO;

Sabemos que, o autismo é um transtorno neuropsiquiátrico que se desenvolve na infância precoce. É parte de um grupo de condições definidas como transtornos invasivos do desenvolvimento (TIDs), geralmente referidas também como transtornos do "espectro do autismo". Uma característica comum dos TIDs é um comprometimento global nas várias áreas do funcionamento, a saber: a interação social, a comunicação e a presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos. Esses déficits se desenvolvem com relação à idade mental do indivíduo e, geralmente, tornam-se evidentes no terceiro ano de vida. Eles normalmente estão acompanhados por algum grau de retardo mental.

Sabemos também, que o transtorno autista, por definição, começa antes da idade de três anos. O diagnóstico requer a presença de distúrbio em três domínios: 1) interação social; 2) comunicação; 3) interesses restritos e padrões estereotipados do comportamento. Os déficits sociais se manifestam como falta de interesse espontâneo em partilhar alegria, incapacidade de utilizar meios não-verbais de comunicação (linguagem corporal, gestos, expressão facial, contato visual) para regular as interações sociais e a incapacidade de desenvolver relacionamentos com os pares apropriados à idade e ao nível de desenvolvimento. O distúrbio de comunicação é evidenciado pela falta de linguagem verbal ou por linguagem atrasada ou desviada. Pode ocorrer uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático da linguagem, sem intenção comunicativa. Se existe capacidade de linguagem adequada, há falta de interesse em iniciar ou manter uma conversação. O brincar está comprometido. Brincadeiras imaginativas espontâneas e brincadeiras sociais imitativas apropriadas para o nível de desenvolvimento estão ausentes ou substancialmente retardadas. Interesses e atividades restritos envolvem, geralmente, uma preocupação geral com um ou vários tópicos, que podem ser anormais no foco, intensidade ou ambos (e.g. horários de trens, números primos, detergentes de roupas, etc). Uma adesão incapacitante a rotinas não-



funcionais também é comum. Movimentos estereotipados e maneirismos, tais como agitar as mãos, balançar o corpo ou encarar as pessoas, estão presentes.

Hoje é comprovado que não existe medicação que possa tratar o autismo, porém, existem diversas medicações que podem ser usadas quando há uma identificação de sintomas comportamentais que impedem o funcionamento macro da pessoa com autismo e que possivelmente podem ser melhorados com o uso de medicamentos específicos.

Nosso pequeno Juninho chegou a testar diversos medicamentos como: carbamazepina, reconter, ritalinarespiridona e topiramata. Depois de várias consultas com uma neuropediatra e um psiquiatra infantil, eliminamos alguns dos medicamentos citados e hoje o Ronaldo Júnior toma 2 vezes ao dia somente o respiridona.

Os demais pontos do Plano individual do Tratamento – **PIT**, será reverberado ao longo do livro, sempre interlaçados aos exemplos práticos desenvolvidos no acompanhamento ao Ronaldo Júnior, que aqui serve como modelo real.

O ATENDIMENTO CLINICO PEDAGÓGICO NA APAE




O Ronaldo Júnior começou a frequentar a APAE no ano de 2018, quando ainda estava no 3º ano do ensino fundamental, logo de início resistiu muito chorava pra não ir, com o tempo se apaixonou, hoje por exemplo, no período de férias pedi pra ir para a APAE.

Associação de pais e amigos dos excepcionais – APAE, é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos de diretor privado, responsável pelo atendimento de pessoas com deficiência, desde 0 ano até o fim da vida.

Os alunos da APAE – Altamira são atendido 3 vezes na semana, onde são assistidos por diversos tipos de atendimentos clínicos, pedagógicos e sociais, sendo eles: fonoaudiólogo, psicomotricista, professores pedagogos, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e assistente social.



A socialização dos deficientes intelectuais e físicos acontece inicialmente na escola, que no caso da APAE fazem com que os futuros cidadãos estejam preparados a integrar e



atuar no mundo de globalizado. Se essa experiência não for exercitada em um espaço inclusivo, espaço de respeito às diferenças, espaço que viabilize a integração entre os seres humanos instintivamente.

Nasce, portanto, um problema que será a socialização e a cidadania. Tem sido grande as disposições de reconhecer igualmente o direito de cada um, por isso, vem se procurando as melhores oportunidades educacionais e profissionais e maior disponibilidade e condições necessárias para aceitar o que é adverso e sensível a qual todos os indivíduos podem aprender e fazer parte da sociedade exercendo seu papel de cidadão.

O ATENDIMENTO TERAPÊUTICO

1.1 TERAPIA OCUPACIONAL

Ao definir o tratamento terapêutico do Ronaldo Júnior uma das questões a serem analisadas são as morbidades. Este termo se refere às condições médicas, comportamentais e psiquiátricas que as crianças com autismo têm mais probabilidade de ter do que a população em geral e, que em alguns casos, podem ser mais incapacitantes que o próprio autismo. As crianças com autismo por exemplo podem apresentar transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, deficiência intelectual, problemas de sono, convulsões, ansiedade e seletividade alimentar severa, entre outras. Há atualmente também uma maior conscientização sobre questões de segurança, especialmente em torno de perambulação e riscos de fuga em crianças com TEA.

A primeira linha de tratamento para problemas comportamentais deve ser terapias comportamentais. Mas quando esses não são suficientes, os medicamentos entram em ação. Antes de medicar um sintoma comportamental, é novamente importante entender o comportamento da maneira mais completa possível. Uma criança pode ficar irritada por causa do refluxo gastroesofágico ou por causa de um programa educacional inadequado. Não existe medicação que consiga corrigir os principais sintomas do autismo. Mas a medicação pode ajudar a resolver alguns dos problemas simultâneos, como TDAH, irritabilidade, ansiedade ou depressão.



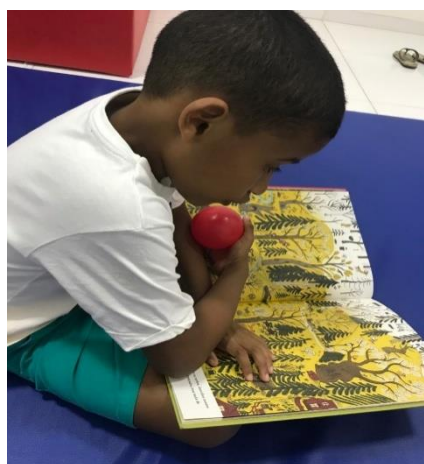
À primeira vista, parece que investir tempo em terapia ocupacional (T.O.) tem a ver com ocupar o tempo vago com passatempos e atividades recreativas. Não. O objetivo de um tratamento nessa área tem a ver com desenvolver de modo sistematizado a capacidade da criança com autismo em desempenhar de forma autônoma, independente e plena as suas

ocupações, tarefas e atividades do cotidiano que ela terá ao longo da vida. A terapia ocupacional é uma das atividades que o Ronaldo Júnior ama fazer, ele mentalizou os dias desse acompanhamento, tanto que, quando chega o dia ele começa lembrar desde das primeiras horas do dia. Vale ressaltar que, trocamos diversas vezes de terapeuta, mais o atual é muito bom, nosso reizinho tem amado as sessões e evoluído muito também.

Na primeira infância, por exemplo, a principal ocupação de uma criança é brincar, baseado nisso o objetivo principal da T.O. será gerar funcionalidade e autonomia nesse brincar, sendo ele sozinho ou compartilhado com outras.

Hoje o Ronaldo Júnior, realiza fidedignamente as terapias ocupacionais e os atendimentos fonoaudiológicos. Procuo também não só acompanhar as terapias, como fazer ajustes na rotina diária, quando solicitado pelo terapeuta ou pela fonoaudióloga.

1.2 AS ATIVIDADES COM A FONOAUDIÓLOGA



A intervenção fonoaudiológica é muito importante para as crianças com autismo, devido às grandes dificuldades comunicativas, especialmente no desenvolvimento da linguagem. O tratamento com uma fonoaudióloga tem contribuído muito para amenizar os déficits nas habilidades comunicativas do meu pequeno reizinho azul.

Os objetivos da intervenção fonoaudiológica variam muito; devem ser observadas as características de cada criança. Deve-se ter como objetivo geral o aumento da funcionalidade da comunicação, maior frequência de atos comunicativos intencionais (olhares, gestos); estimular a compreensão e a expressão verbal (vocalização e fala), proporcionando experiências comunicativas e auxiliando na inclusão escolar e na sociedade.

Cada criança responde de uma forma ao tratamento, algumas apresentam bons resultados logo nos primeiros meses de intervenção, outras, no entanto necessitam de um tempo maior de intervenção.



ATIVIDADES COMPLEMENTARES:

A NATAÇÃO



Meu pequeno reizinho autista adora nadar, além de praticar natação na APAE, realizamos também periodicamente essa atividade na orla do município de Altamira no rio Xingu, esse exercício além de acalma-lo, gasta as energias do Ronaldo Júnior. Quando passamos a praticar a natação periodicamente percebemos uma mudança comportamental significativa na vida do meu filho. Antes da pratica da natação ele era muito inquieto e apresentava constantemente crises nervosas e as vezes chegava a nos agredir, comportamento que foi desaparecendo ao longo do tempo. Hoje o Juninho é uma criança calma e amorosa.



No início a prática de natação era apenas um passatempo, com o passar do tempo ao notar os efeitos positivos trazidos por esse exercício, passei a estudar sobre o tema e aplicar os conhecimentos adquiridos no desenvolvimento dessa prática. Várias metas foram alcançadas pelo pequeno Junior e muitos desafios ainda virão pela frente. O objetivo é que logo nosso reizinho consiga nadar sozinho.

BICICLETA

Promover o uso da bicicleta passou a ser uma das metas da Organização Mundial da Saúde tanto pela necessidade de redução de poluentes no ambiente das cidades devido à elevada motorização, como pela promoção da saúde (redução de gastos com tratamentos de portadores de doenças crônico-degenerativas) que a sua utilização como meio de transporte pode representar a médio e longo prazo.

Pedalar é uma atividade muito mais natural do que possa parecer. Segundo Hinault (1986), o ciclismo é o único esporte que realiza, de um modo muito completo, a simbiose "homem-máquina", pois a bicicleta prolonga o seu próprio corpo. Trata-se de um exercício em que a pessoa transporta o seu peso corporal, utilizando-se de uma bicicleta, não sobrecarregando músculos e articulações nem a coluna vertebral.




Esse exercício é novidade, iniciamos a pouco tempo, mais os efeitos são notáveis, e rápidos, Entre as práticas esportivas que meu reizinho pratica o ciclismo tem se mostrado muito benéfico na estimulação, interação e no desenvolvimento físico, pois trabalham vários músculos. É notório que, a criança que pratica atividade física passa a ter um conhecimento maior do seu corpo, sua força, a ter noção de lateralidade e apresenta melhora psicomotora.



EQUOTERAPIA

A **equoterapia** traz diversos **benefícios** no praticante com TEA, como melhora nas habilidades sociais, cognitivas, sensoriais e motoras promovendo fortalecimento e alongamento muscular, ajustes tônicos e posturais, equilíbrio, coordenação motora, e diminuição dos padrões estereotipados.





A pedido do terapeuta ocupacional iniciamos a equoterapia, e esperamos obter bons resultados. Nos encanta a felicidade do Ronaldo ao praticar essa atividade.

Estudos atuais têm demonstrado que o autismo é causado por vários fatores e depende de componentes genéticos e ambientais, interferindo na vida diária como “lazer, sono e descanso, no brincar, na escola, na participação social e no trabalho”. O livro **GRANDE JÚNIOR HÓ** mostra várias atividades realizadas pelo Ronaldo Júnior e uma delas é justamente a equoterapia. A técnica da equoterapia, a qual, embora tenha se consolidado nos últimos anos, “ainda não é acessível à população como um todo, devido ao custo elevado da prática e a escassez do serviço em algumas regiões do país”. A equoterapia apresenta resultados positivos em relação ao autocuidado, tais como as práticas alimentares e as de higiene pessoal, estimuladas pelos terapeutas ocupacionais e, claro, pelos cavalos, pois os pacientes alimentam, escovam e participam do banho desses animais.

Diversos autores salientam a importância da estimulação de habilidades motoras, como caminhar, correr e pular, por exemplo, nos indivíduos autistas, visando à qualidade de vida destes últimos, que pode ser proporcionada pelo cavalo, “como um agente facilitador durante as atividades, mas utilizando-se das potencialidades do cavalo como estimulador dos componentes motores”. Apesar de não serem constatadas diferenças significativas entre os autistas praticantes e os não praticantes da terapia em relação à interação social, os estudos atuais apontam respostas otimistas como melhoras no humor, no contato visual, na expressão verbal e no comportamento em grupo.

De acordo com a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil, 2012), essa técnica trata-se de um método terapêutico e educacional, que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, equitação e educação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou de necessidades especiais.



Segundo Eckert (2013) a Equoterapia pode ser descrita como um recurso terapêutico relacionado à reabilitação, diferenciando-se do tratamento clínico convencional por ser realizada ao ar livre, gerando um vínculo afetivo entre a equipe terapêutica, os praticantes e o cavalo, sendo considerado um tratamento totalmente diferenciado. Já para Teixeira et al., (2016), a Equoterapia pode ser considerada como um conjunto de técnicas reeducativas que agem para superar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais, através de uma atividade lúdico-desportiva, que tem como meio o cavalo.

ATIVIDADES ESCOLARES PARA FAZER EM CASA

A questão da divisão de responsabilidades em relação à educação da criança com autismo significa entre outros aspectos, que a escola deverá fazer uma reflexão sobre essa importantíssima participação em vários âmbitos, inclusive tendo em vista, que os pais não são especialistas em educação inclusiva. Quanto mais coesa a família e a escola, por exemplo, estiverem em relação a valores de comportamentos positivos, certamente a criança poderá desenvolver melhor suas capacidades. Sendo, que no âmbito escolar encontram-se vários tipos de pais; o pai preocupado com a aprendizagem do filho que vai regularmente a escola, está sempre presente nas atividades da escola. O pai que só vai à escola, quando é convidado para uma reunião e geralmente já chega apressado

Tenho buscado está na primeira classificação de pais, sempre acompanhando e participação dos projetos desenvolvidas pela escola, ajudando tanto nas atividades propostas

para casa com também, propondo novos exercício que visam complementar os conteúdos pautados pela escola.



Entendo, que a parceria família-escola é fundamental, devendo considerar a necessidade da família, levando-as a vivenciar situações que lhes possibilitem se sentirem participantes ativos nessa parceria. Vale ainda ressaltar que escola e família precisam se unir e juntas procurar entender o que é Família, o que é Escola, como eram vistas estas anteriormente e como são vistas hoje, e ainda o que é desenvolvimento humano e aprendizagem, como a criança aprende etc., pois como diz Arroyo os aprendizes se ajudam uns aos outros a aprender, trocando saberes, vivências, significados, culturas. Trocando questionamentos seus, de seu tempo cultural, trocando incertezas, perguntas, mais do que respostas, talvez, mas trocando. (ARROYO, 2000, p. 166.).


Vale lembra que o artigo 205 da Constituição Federal, prescreve:

[...] a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (BRASIL, 1998)

Portanto, uma boa relação entre a família e a escola deve estar presente em qualquer trabalho educativo que tenha como principal alvo, o aluno. A escola deve também exercer sua função educativa junto aos pais, discutindo, informando, orientando sobre os mais variados assuntos, para que em reciprocidade, escola e família possam proporcionar um bom desempenho escolar e social às crianças. Pois,

[...] se toda pessoa tem direito à educação, é evidente que os pais também possuem o direito de serem, senão educados, ao menos, informados no tocante à melhor educação a ser proporcionada a seus filhos. (PIAGET, 2007, p. 50)

Enfim, tenho buscado acompanhar o desenvolvimento do meu pequeno reizinho autista de perto, e obviamente que para isso, tenho constantemente efetivado parcerias com a escola, sempre visando melhorar o aprendizado do meu filho.



Ter um pai presente na família é fundamental, pois ele é “necessário para dar à mãe apoio moral, ser um esteio para a sua autoridade, um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança” (WINNICOTT, 1979, p.56). É no **Complexo de Édipo**, postulado por Freud, que os sentimentos de amor e ódio são despertados para aqueles que lhes são mais próximos, os pais.

DIVERSOS TIPOS DE COMPORTAMENTOS INADEQUADOS DO JUNINHO

Neste livro será abordado um nicho específico de alguns comportamentos comuns do Espectro Autista: a baixa tolerância à frustração, gerando em muitos casos birras e agressividade.




Crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista) possuem menos consciência das limitações sociais, o que chamamos de “cegueira mental”, ou seja, não levam em consideração comentários e nem olhares reprovadores. Além disso, a frustração e raiva daqueles incapazes de expressar suas necessidades com eficácia são maiores.

Constantemente o Ronaldo Junior apresenta birras, ataques de raiva e comportamentos agressivos, para esse tipo de atitude chamamos de comportamentos inadequados e ocorrem por algum motivo, às vezes, óbvio. Outras vezes, temos que bancar os detetives.

No Juninho na maioria das vezes, os motivos para as birras podem ser um ou uma combinação dos seguintes fatores:

- Querem fazer ou ter algo que proibimos;
- Não querer fazer alguma coisa;
- Medo de algo tipo: fogos de artifícios, trovão ou barulhos de latidos de cachorros
- Provocar alguma reação do ambiente e das pessoas nele presente.

Outro fator no aumento da fúria em crianças com TEA, principalmente mais novas e com o passar do tempo é a reação do adulto, pois a grande maioria está acostumada a terem suas birras aceitas. Já que os pais acham difícil suportar constrangimentos, ficando irritados ou envergonhados e acabam cedendo às exigências do filho, reforçando a estratégia do filho,



ou seja, os comportamentos inadequados ficam associados à recompensa (conseguir o que querem).


Os pais sentem medo e se sentem perdidos diante das reações inadequadas de seus filhos, no meu caso não foi diferente, ainda mais quando se trata de um autista, pois muitos podem vir a serem criticados, às vezes sendo acusados de serem péssimos pais, incapazes de controlar seus filhos e em muitos casos, se os pais não cederem, a criança pode fazer birras cada vez maiores até conseguir o que quer. Às vezes, as birras transformam-se em comportamentos autoflageladores, como por exemplo, bater a cabeça, ou agressivos, como bater em terceiros. Mas vale ressaltar a importância dos pais manterem seu papel de autoridade perante seus filhos, pois quanto mais tempo esses comportamentos duram, mais difícil é lidar com eles.

O QUE FAZEMOS PARA TENTAR REVERTER ESSE QUADRO?

É muito importante que em um primeiro momento seja realizado uma observação do caso, ou seja:

1. Quais são os comportamentos inadequados?
2. Em que situações e contexto os comportamentos surgem?
3. Os comportamentos estão relacionados à algo agradável ou desagradável?
4. Quando os comportamentos inadequados citados não acontecem?
5. Os comportamentos estão relacionados à dificuldade de comunicação ou linguagem?
6. Estão relacionados à necessidade da rotina e hábitos?
7. Houve alguma mudança significativa em algum ambiente da criança?
8. Como os outros reagem aos seus comportamentos inadequados?
9. Acontece algo importante depois do seu comportamento?
10. Quais os resultados positivos que a criança obtêm através de seus comportamentos inadequados?

A partir de suas respostas é possível de identificar com mais clareza se seu filho está tendo uma crise ou é apenas baixa tolerância à frustração, sendo demonstradas através de



birras e comportamentos inadequados. Com o passar do tempo é possível dos pais e adultos que estão inseridos no ambiente do indivíduo distinguir suas reações.

COMO AGIMOS COM O JUNINHO?

- Procuramos não dar atenção à birra, demonstrando à ele que o comportamento é inadequado e que desta forma ele não conseguirá o que quer.
- A calma é fundamental, não gritamos, não brigamos e não batemos, ainda mais se os comportamentos inadequados forem sempre os mesmos.
- Quando ele se joga no chão ou se coloca em uma situação perigosa, apenas afastamos ele o que lhe oferece perigo, mas ignoramos seu comportamento.
- Assim que ele se acalmar um pouco, der uma pausa no choro, ai sim, chamamos sua atenção para algo totalmente diferente, mas que possa despertar seu interesse. Nesse caso pode-se mostrar algo no ambiente, comentar sobre algum desenho que ela goste, etc.
- Manter a mesma conduta sempre que a criança apresentar esse tipo de comportamento. Nunca ceder! Uma vez que ela consiga o que quer com este comportamento, tentará outras vezes até conseguir novamente. Orientar outras pessoas que possam interferir a manter a mesma conduta.
- Quando a criança estiver totalmente tranquila e atenta, demonstrar como ela deve proceder para conseguir o que pretendia.

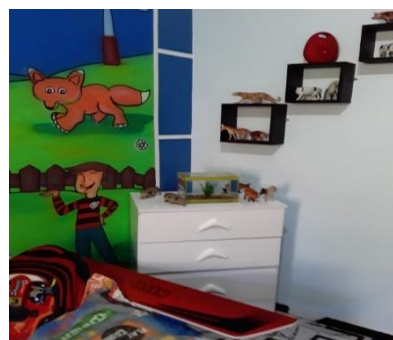
O QUE TEMOS FEITO PARA PREVENIR?

- Dê atenção e a elogie quando tiver um comportamento adequado e esperado.
- Fale olhando nos olhos da criança e explique, falando e se necessário mostrando, através de figuras ou fotos, o lugar que ela irá, as pessoas que estarão no ambiente ou só diga a atividade que será realizada, sendo anteriormente, para que assim, o indivíduo saiba o que acontecerá e se frustrará menos.
- A ajuda de uma equipe multidisciplinar auxilia bastante tanto no que diz respeito á orientações, quanto ao desenvolvimento e uma melhor qualidade de vida do indivíduo a curto e longo prazo.

O AMBIENTE

Muitas crianças com autismo também necessitam de um ambiente físico especialmente construído para promover a interação e a aceleração do aprendizado. As orientações a seguir podem auxiliar a criação de um ambiente na residência, assim como adaptações que podem ser feitas no ambiente de uma clínica para terapias multidisciplinares visando o desenvolvimento de habilidades e o bem-estar das pessoas com diagnósticos do espectro do autismo.

Observe a sua criança, adolescente ou adulto com autismo e investigue suas preferências e necessidades sensoriais. Um Terapeuta Ocupacional especializado em Integração Sensorial poderá auxiliar na investigação e oferecer ideias que possibilitem uma maior personalização do ambiente de acordo com as necessidades de cada pessoa.



O primeiro passo então é simplificar o ambiente para minimizar a exposição a um possível bombardeio de estímulos. Escolha um quarto da casa ou uma sala da clínica que seja mais silencioso e longe das principais atividades do local (TV, aparelhos de som, campainha, telefone, odores e sons da cozinha) ou das distrações vindas de fora da casa, como o barulho constante de uma grande avenida.

Considere como irá minimizar as distrações neste quarto ou sala e torná-lo confortável mais para sua criança ou adulto. Invista em paredes de cor neutra e as mantenha livres de quadros ou cartazes a não ser que eles sejam relevantes para as atividades daquele momento. Pisos confortáveis e fáceis de se limpar, como os emborrachados, de E.V.A. ou de vinil (aqueles que encontramos em alguns quartos de bebês) são especialmente importantes para o trabalho com crianças pequenas, pois uma boa parte das atividades e brincadeiras serão realizadas no chão. Avalie o nível de ruído e distração de itens como ventiladores e aparelhos de ar condicionado antes de instalá-los. Imagine que, para algumas pessoas no espectro do autismo, o barulho destes equipamentos pode incomodar tanto quanto ter uma turbina de

avião ligada ao seu lado. Opte pelo o uso de lâmpadas incandescentes neste quarto. Lâmpadas fluorescentes piscam e fazem um zumbido, mesmo que de forma imperceptível para muitas pessoas, e algumas pessoas com autismo percebem e distraem-se com isto.


Instale duas ou três prateleiras. Ao manter os brinquedos, materiais, bebidas e alimentos na prateleira, oferecemos à pessoa com autismo um espaço organizado com menos distrações, e o chão e mesa livres para as atividades. Os brinquedos à vista, mas não ao alcance da criança, estimulam a criança a comunicar-se de alguma forma conosco para pedir pelos objetos que deseja. Podemos então ser responsivos e entregar a elas os objetos demonstrando a função de suas comunicações, e modelar para elas comunicações não verbais e verbais cada vez mais claras e complexas.

No caso específico do Ronaldo Júnior, tivemos diversas experiências na buscar por um ambiente que atendesse as especificidades dele. Decidimos pesquisar e envolve-lo na pesquisa afim de conseguir organizar um espaço adequado a ele, e foram diversas tentativas até chegar ao tão amado quartinho do júnior, lugar que ele adora.

Mantenha no quarto apenas móveis duráveis e seguros, sem objetos que possam se quebrar ou causar qualquer risco à saúde. Os móveis e equipamentos que você utilizará dependem da idade e necessidades sensoriais de sua criança.



No caso do Júnior que gosta de dançar e ouvir músicas estalamos o som em uma posição segura. Para uma criança mais nova que gosta de correr, pular ou escalar, aconselhamos que você encontre uma maneira segura de oferecer estas atividades dentro do quarto mais amplo. Um jeito de fazer isso é retirar toda a mobília desnecessária do quarto, mantendo-se apenas uma pequena mesa e duas cadeiras para atividades como desenho, escrita, massinha, pintura, jogos de tabuleiros, etc. Você pode então providenciar equipamentos como uma estrutura para escalar, uma pequena cama elástica, duas grandes



bolas de fisioterapia, uma rede de balançar ou um balanço, um túnel de tecido, pufes e almofadas, um colchonete, objetos para um circuito de obstáculos, etc.

Estes equipamentos não são sempre necessários, mas podem ser úteis para algumas crianças e adultos. Para uma criança com menor atividade física ou mais velha, você pode providenciar uma mesa maior e lugares confortáveis para se sentar. Algumas crianças mais velhas ou adultos sentem muito prazer em atividades sensoriais nas quais são levadas pelo quarto em uma cadeira giratória ou dentro de um carrinho gigante – já trabalhamos com várias famílias e profissionais que construíram uma espécie de caixa de madeira com rodinhas e grande o suficiente para que uma criança ou adulto pudesse ser levado para passear dentro dela por todos os cantos do quarto ou da sala.

Recomendamos o uso de um espelho grande colado de forma segura na parede a partir do chão ou rodapé. A principal função do espelho no quarto é estimular e facilitar o contato visual indireto com a criança. O espelho também contribui para o aprendizado de consciência corporal da criança. E ainda outra função seria a de facilitar a observação e gravação das sessões devido à multiplicação dos ângulos de visão. Se a pessoa para a qual você está adaptando o quarto distrai-se bastante com o espelho, engajando-se a maior parte do tempo em comportamentos de isolamento e repetição diante dele, considere o uso de um espelho pequeno ou, por em determinado período, a ausência do espelho neste ambiente.

Muitas das crianças, adolescentes e adultos no espectro do autismo necessitam de informações que as auxiliem a compreender e a prever os acontecimentos do dia ou da semana. Quadros de rotinas visuais afixados na parede podem informar claramente a sequência prevista e ajudar a pessoa a sentir-se segura diante das transições de atividades e ambientes. Dependendo do estágio de desenvolvimento das habilidades cognitivas, emocionais e sociais, o quadro pode conter apenas as atividades daquele dia ou de toda a semana, e utilizar um destes tipos de representações: objetos representativos das atividades; fotos; figuras; fotos/figuras com palavras; ou apenas palavras escritas.

A ESCOLA

Algumas imagens de atividades realizadas na escola:



Além da escola e comunidade estarem envolvidos para que aconteça a aprendizagem das crianças da melhor forma possível é importante também que a escola disponha de ambientes e condições adequadas, dessa maneira o documento “Marcos Político-Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva”, destaca que:


Os sistemas de ensino devem organizar as condições de acesso aos espaços, aos recursos pedagógicos e a comunicação que favoreçam a promoção da aprendizagem e a valorização das diferenças, de forma a atender as necessidades educacionais de todos os alunos (BRASIL, 2010, p. 24).

Além disso, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, enfatiza que:

A formação dos profissionais da educação possibilitará a construção de conhecimento para práticas educacionais que propiciem o desenvolvimento sócio cognitivo dos estudantes com transtorno do espectro autista. (NOTA TÉCNICA Nº 24 /2013 /MEC /SECADI /DPEE)

Nesse sentido, de acordo com Cassales, Lovato e Siqueira (2011, p. 31), é de extrema importância que os professores, pais e outros agentes envolvidos no processo de desenvolvimento da criança com TEA tenham a sua disposição, instrumentos para atender as necessidades apresentadas pelos alunos. Além disso, é importante que professores tenham formação e preparação adequada para lidar com os diferentes tipos de alunos e com quaisquer necessidades que estes venham a ter, pois:

As escolas e família com propostas inclusivas devem reconhecer e responder às diversas dificuldades de seus alunos, acomodando os diferentes estilos e ritmos de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade para todos mediante currículos



apropriados, modificações organizações, estratégias de ensino, recursos e parcerias com as comunidades. A inclusão exige da escola e da família novos posicionamentos que implicam num esforço de atualização e reestruturação das condições atuais, para que o ensino se modernize e para que os professores, pais e agente envolvidos se aperfeiçoem, adequando as ações pedagógicas à diversidade dos aprendizes (VELTRONE; MENDES, 2007, p. 2).

As escolas brasileiras também vêm sofrendo, grandes dificuldades como a falta de recursos e despreparo dos professores, o que pode afetar a permanência das crianças com deficiência na educação. Porém, segundo Brasil (2012, p. 10), nem sempre a falta de recursos de acessibilidade está relacionada à questão financeira, pois o professor pode utilizar recursos simples e conseguir garantir o acesso de seu aluno na aprendizagem. De acordo com Gomes (2010, p. 36) quando os professores destacam suas dificuldades e necessidades em relação ao ambiente que atuam podem também estar chamando a atenção para a sua condição de isolamento profissional. A democratização da gestão e a educação inclusiva se relacionam diretamente, e uma escola inclusiva deve ser, antes de tudo, uma escola democrática, daí a importância da participação dos pais nesse processo.

ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO AEE

Quanto ao atendimento educacional especializado, me propus a participar ativamente das atividades realizadas no AEE, principalmente porque dedico todo o turno da tarde ao acompanhamento do Ronaldo Junior.

A escola Municipal de Ensino Fundamental Antônio Inácio de Lucena, vem desenvolvendo um trabalho brilhante e tornou-se, referência no município de Altamira-Pará. A escola conta com uma equipe multidisciplinar composta por cuidadores(as), professores(as) e professores(as) auxiliares coordenadas pela Professora Alexandra da Silva Leite, Mestre em Ciências da Educação e Especialista na educação especial e pós graduada em neuropsicopedagogia clínica e institucional na área do SAEE.

Quando iniciamos com o Ronaldo Júnior, o atendimento educacional especializado na escola Antônio Inácio de Lucena, ele estava no início do processo de alfabetização, começando a desenvolver a coordenação motora, e quase não interagia com os coleguinhas. Ao longo desses quase três anos nosso pequeno avançou significativamente e hoje realiza atividades em grupos, participa ativamente dos exercícios coletivos realizados na sala do AEE e na classe. É relevante o avanço do nosso pequeno após a participação aos atendimentos na sala do AEE na escola supra citada.

O AEE é um serviço da educação especial, realizado no período contrário ao frequentado pelo aluno no ensino regular, e sua oferta é obrigatória a todos os alunos público-alvo da educação especial (BRASIL, 2008).

O profissional que atua neste atendimento é o professor de educação especial, que deve ter formação específica na área de atuação. No atendimento realizado no contra turno, as necessidades e potencialidades são trabalhadas, com a finalidade de oferecer novos caminhos para aprender, ao aluno público-alvo da educação especial, e de fato ter suas diferenças atendidas e respeitadas.


A partir do atendimento, o professor de educação especial pode contribuir com observações e sugestões quanto ao trabalho realizado em sala de aula, para juntamente com o professor do ensino comum pensarem em possibilidades de intervenção. Este atendimento é definido pela Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, tendo como

(...) função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas. As atividades desenvolvidas no atendimento educacional especializado diferenciam-se daquelas realizadas na sala de aula comum, não sendo substitutivas à escolarização. Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos alunos com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela. (BRASIL, 2008, p. 10)

Pode-se observar na citação acima, que o AEE é um atendimento com caráter complementar e/ou suplementar ao ensino regular, sendo importante para a formação do aluno que o frequenta, pois é, neste espaço, que será abordado os campos conceituais, os quais possibilitarão maior compreensão dos temas trabalhados em sala de aula, com a perspectiva de focar nas necessidades dos alunos.

ALGUMAS ATIVIDADES REALIZADAS NA SALA DO AEE:





Para que a política de educação inclusiva possa se efetivar é primordial e premente que os professores da classe comum, gestores escolares, professores de AEE e familiares tenham clareza desses papéis e objetivos. Eis então que nos deparamos com um dos maiores desafios do docente especializado: articular-se com todos esses atores, esclarecendo sua função enquanto professor do aluno, bem como enquanto parceiro da equipe escolar para trabalhos colaborativos com vistas a planejamentos e avaliações conjuntas do estudante atendido.

Nesse sentido, a escola e seus currículos precisam ser bem diferentes do que propõe a educação tradicional. Sua atuação deve ser mais ampla e complexa, considerando o contexto histórico e político da sociedade, os interesses, competências e limitações dos sujeitos inseridos nas diferentes realidades. Tendo como base uma pedagogia problematizadora, provocará nos sujeitos o espírito crítico, a reflexão, comprometendo-se com uma ação transformadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatrics. (1999). Joint statement of the American Academy of Pediatrics (AAP) and the United States Public Health Service (USPHS) (RE9937). *Pediatrics*, 104, 568-569.

American Association on Mental Retardation. (2006). *Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio* (10a ed.). Porto Alegre: Artmed.

ANDE-BRASIL. Princípios e Fundamentos da Equoterapia. *Revista Nacional de Equoterapia*. Brasília, v. 15, nº 20, p. 363-372, junho, 2012.

Bailey, A., Philips, W., & Rutter, M. (1996). Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 89-126.

Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S., et al. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 694-702.

Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Voigt, R. G. (2006). Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 1167-1175.

Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L., & Jacobsen, S. J. (2005). The incidence of autism in Olmsted County, Minnesota, 1976-1997: Results from a populationbased study. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 159, 37-44.

Baruffi, A. M. Z. (2000). *Família e Socialização: Um estudo das implicações da situação de presença/ausênciapaterna*. Universidade de São Paulo, São Paulo.


Bayley, N. (2006). *Bayley scales of infant and toddler development* (3rd ed.). San Antonio, TX: Psych Corp – Harcourt Assessment.

Bertrand, J., Mars, A., Boyle, C., Bove, F., Yeargin-Allsopp, M., & Decoufle, P. (2001). Prevalence of autism in a United States population: The Brick Township, New Jersey, investigation. *Pediatrics*, 108, 1155-1161.

Bossardi, C. N. (2011). *Relação do engajamento parental e relacionamento conjugal no investimento com osfilhos*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

Bossardi, C. N., & Vieira, M. L. (2010). Cuidadopaterno e desenvolvimentoinfantil. *Revista de CiênciasHumanas*, 44(1), 205-221. <http://doi.org/10.5007/2178-4582.2010v44n1p205>

Boyras, G., & Sayger, T. V. (2011). Psychological well-being among fathers of children with and without disabilities: the role of family cohesion, adaptability, and paternal self-efficacy. *American Journal of Men's Health*, 5(4), 286-296. <http://doi.org/10.1177/1557988310372538>



Brambilla, P., Hardan, A., Ucelli Di Nemi, S., Perez, J., Soares, J. C., & Barale, F. (2003). Brain anatomy and development in autism: Review of structural MRI studies. *Brain Research Bulletin*, 61, 557-569.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. MEC. Lei de diretrizes e bases da educação nacional: Lei n. 9.394/96. Brasília, DF: MEC, 1996.

BRASIL. MEC. Portaria Ministerial nº 13/2007, de 24 de abril de 2007. Dispõe sobre a criação do "Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais". Brasília, DF: MEC, 2007

Braunstein, V. L., Peniston, N., Perelman, A., & Cassano, M. C. (2013). The inclusion of fathers in investigations of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(7), 858-865. <http://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.03.005>

Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of the American Medical Association*, 285, 3093-3099.

Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 126, 133-1141.

Challman, T. D., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Weaver, A. (2003). The yield of the medical evaluation of children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 187-192.

Charman, T., & Baird, G. (2002). Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 289-305.

Cohen, I. L., & Sudhalter, V. (2005). *Pervasive Developmental Disorder Behavior Inventory*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.


Courchesne, E., Caper, R., & Akshoomoff, N. (2003). Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. *Journal of the American Medical Association*, 290, 337-344.

Coury, D. L., & Nash, P. L. (2003). Epidemiology and etiology of autistic spectrum disorders difficult to determine. *Pediatric Annals*, 32(10), 696-700.

Dykens, E. M., Sutcliffe, J. S., & Levitt, P. (2004). Autism and 15Q11-Q13 disorders: Behavioral, genetic, and pathophysiological issues. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 284-291.

Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., et al. (1999). The screening diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(6), 439-484.

Fombonne, E. (2008). Thimerosal disappears but autism remains. *Archive of General Psychiatry*, 65, 15-16.



Fombonne, E., Zakarian, R., Bennett, A., Meng, L., & Mclean- Heywood, D. (2006). Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and links with immunizations. *Pediatrics*, 118(1), e139-e150.

Gernsbacher, M., Dawson, M., & Goldsmith, H. (2005). Three reasons not to believe in an autism epidemic. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 55-58.

Gillberg, C., & Coleman, M. (1996). Autism and medical disorders: A review of the literature. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 191-202.

Happé, F., Ronald, A., & Plomin, R. (2006). Time to give up on a single explanation for autism. *Nature Neuroscience*, 9, 1218-1220.

Ip, P., Wong, V., Ho, M., Lee, J., & Wong, W. (2004). Mercury exposure in children with autistic spectrum disorder: Casecontrol study. *Journal of Child Neurology*, 19, 431-434.

Jacobson, J. W., & Mulick, J. A. (1996). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC: APA.

Lindsay, R. L., & Aman, M. G. (2003). Pharmacologic therapies aid treatment for autism. *Pediatric Annals*, 32(10), 671-676.

Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659-685.

Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P., & Risi, S. (1999). *Autism diagnostic observation schedule*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Lord, C., Shulman, C., & Dilavore, P. (2004). Regression and word loss in autistic spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 936-955.


Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children. I. Prevalence. *Social Psychiatry*, 1, 124-137.

Lovaas, O. I., Koegel, R., Simmons, J. Q., & Long, J. S. (1973). Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 131-166.

Madsen, K. M., Hviid, A., Vestergaard, M., Schendel, D., Wohlfahrt, J., Thorsen, P., et al. (2002). A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*, 347, 1477-1482.

Madsen, K. M., Lauritsen, M. P., Pedersen, C. B., Thorsen, P., Plesner, A. M., Andersen, P. H., et al. (2003). Thimerosal and the occurrence of autism: Negative ecological evidence from Danish population-based data. *Pediatrics*, 112, 604-606.

Mullen, E. (1995). *Infant Mullen scales of early learning*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.



Muller, R., Kleinhans, N., Kemmotsu, N., Pierce, K., & Courchesne, E. (2003). Abnormal variability and distribution of functional maps of autism: An MRI study of visuomotor learning. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1847-1862.

Mundy, P. (2003). Annotation: The neural basis of social impairments in autism: The role of the dorsal medial-frontal cortex and anterior cingulate system. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 793-809.

Nash, P. L., & Coury, D. L. (2003). Screening tools assist with diagnosis of autism spectrum disorders. *Pediatric Annals*, 32(10), 664-670.

Newsom, C., & Hovanitz, C. A. (2006). Autistic spectrum disorders. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 455-511). New York: Guilford Press.

Nurmi, E. L., Amin, T., Olson, L. M., Jacobs, M. M., McCauley, J. L., Lam, A. Y., et al. (2003). Dense linkage disequilibrium mapping in the 15q11-q13 maternal expression domain yields evidence for association in autism. *Molecular Psychiatry*, 8, 624-634.

Parker, S. K., Schwartz, B., Todd, J., & Pickering, L. K. (2004). Thimerosal-containing vaccines and autistic spectrum disorder: A critical review of published original data. *Pediatrics*, 114, 793-804.

Redcay, E., & Courchesne, E. (2005). When is the brain enlarged in autism? A meta-analysis of all brain size reports. *Biological Psychiatry*, 58, 1-9.

Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144.

Roid, G. H. (2003). *Stanford-Binet intelligence scale* (5th ed.). Itasca, IL: Riverside.

Roid, G. H., & Miller, L. J. (2002). *Leiter international performance scale* (ed. rev.). Wood Dale, IL: Stoelting.


Rutter, M. (2005). Autism research: Lessons from the past and prospects for the future. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 241-257.

Schechter, R., & Grether, J. K. (2008). Continuing increases in autism reported to California's Developmental Services System: Mercury in retrograde. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 19-24.

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). *The childhood autism rating scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Schreck, K. A., & Mulick, J. A. (2000). Parental report of sleep problems in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 127-135.

Shannon, M., & Graef, J. (1997). Lead intoxication in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Toxicology - Clinical Toxicology*, 34, 177-182.



Siperstein, R., & Volkmar, F. (2004). Brief report: Parental reporting of regression in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 731-734.

Smith, T., Eikeseth, S., Klevstrand, M., & Lovaas, O. I. (1997). Intensive behavior treatment for preschoolers with severe mental retardation and pervasive developmental disorder. *American Journal of Mental Retardation*, 102, 238-249.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland adaptive behavior scales* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Strauss, B., & Bigham, M. (2001). Does measles-mumps-rubella (MMR) vaccination cause inflammatory bowel disease and autism? *Canada Communicable Disease Report*, 27, 65-72.

Thompson, W. W., Price, C., Goodson, B., Shay, D. K., Benson, P., Hinrichsen, V. L., et al. (2007). Vaccine safety datalink team: Early thimerosal exposure and neuropsychological outcomes at 7 to 10 years. *New England Journal of Medicine*, 357(13), 1281-1292.

Verstraeten, T., Davis, R. L., Destefano, F., Lieu, T. A., Rhodes, P. H., Black, S. B., et al. (2003). Safety of thimerosal-containing vaccines: A two-phased study of computerized health maintenance organization databases. *Pediatrics*, 112, 1039-1048.

Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children* (4th ed.). San Antonio, TX: The Psych Corp – Harcourt Assessment Company.

Weiss, L. A., Shen, Y., Korn, J. M., Arking, D. E., Miller, D. T., Fossdal, R., et al. (2008). The autism consortium: Association between microdeletion and microduplication at 16p11.2 and autism. *New England Journal of Medicine*, 358(7), 667-675.

Werner, E., & Dawson, G. (2005). Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes. *Archives of General Psychiatry*, 62, 889-895.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

World Health Organization. (1992). *Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.

Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., & Murphy, C. (2003). The prevalence of autism: Metropolitan Atlanta. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 49-55.

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J., & Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23, 143-152.

SOBRE O AUTOR



RONALDO DOS SANTOS LEONEL

Ronaldo dos Santos Leonel é professor licenciado em educação do campo com habilitação específica em ciências da natureza e matemática pelo Instituto Federal de Educação ciências e Tecnologia do Pará – IFPA. É professor concursado no Município de Altamira-Pará desde de 2000 e atua no ensino fundamental na Escola Municipal João e Maria. Atua também como professor alfabetizador de jovens e adultos no município de Altamira e desenhista em artes preparadas em telas e painéis.



COLABORADORES

Fredson Costa Vulcão

Ciências da educação-UNR. Professor do magistério superior do colegiado de pedagogia - UNIFAP.

Antônio dos Santos Leonel

Doutorando em Ciências da educação - UNR. Professor do magistério superior do colegiado de Letras/Francês - UNIFAP.

Igor Barros Santos

Procurador Federal (Advocacia-Geral da União); Atua na Procuradoria Federal Especializada junto à Fundação Nacional do Índio; Procurador-Chefe Substituto (Procuradoria Federal no Estado do Amapá). Mestrando em Educação pela UNIFAP, Professor de Direito Constitucional da Faculdade Estácio de Sá. Pós-graduado em Direito Constitucional pela Universidade Candido Mendes (RJ); Pós-graduado em Direito Ambiental pela Universidade Candido Mendes (RJ); Especialista em direito Administrativo pela UCAM/Cejas; Pós-graduando em Direito Tributário pela UCAM/Cejas.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

RONALDO LEONEL

GRANDE JÚNIOR HÓ

A IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO PATERNO
NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS
COM AUTISMO



2020

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
[@epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

RONALDO LEONEL

GRANDE JÚNIOR HÓ

A IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO PATERNO
NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS
COM AUTISMO



2020