

Benefícios da intervenção precoce na criança Autista

Benefits of early intervention in the Autistic child

Glícia Campanharo Malheiros¹, Manuela Lordelo Caldas Pereira¹, Marcela Carvalho Mansur¹, Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur², Leila Regina de Oliveira de Paula Nunes³

1: Acadêmicas do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Campos-RJ

2: Pedagoga; Professora da Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos-RJ; Doutoranda em Educação Especial na Universidade do Estado do Rio de Janeiro-RJ

3: Psicóloga; Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-RJ; Doutorado (PhD) em Especial Education na Vanderbilt University-EUA

Contatos: Glícia Campanharo Malheiros / Rua Voluntários da Pátria, 105, Ap. 601, Centro, Campos dos Goytacazes-RJ / gliciamalheiros@hotmail.com / (22) 99711-8820

Faculdade de Medicina de Campos, Avenida Alberto Torres, 217, Centro, Campos dos Goytacazes-RJ

RESUMO

Introdução: Estudos sugerem que os pais costumam perceber os primeiros sinais de risco para autismo a partir da idade de dezoito meses. Enquanto as crianças com desenvolvimento típico começam a falar e interagir socialmente, de forma mais significativa a partir dessa idade, os atrasos ou ausência total da linguagem verbal e não verbal, comportamentos como orientação social, atenção conjunta e imitação, assim como o isolamento social, tornam-se mais evidentes em crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista). **Objetivos:** Alertar profissionais de saúde, de educação e pais para a importância do diagnóstico e intervenção precoces, de forma a favorecer melhor prognóstico. **Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica. **Resultados:** A identificação de sinais de risco para autismo deve ser parte da rotina de profissionais que trabalham com a população infantil; o diagnóstico deve ser fechado até trinta e seis meses e as estratégias de intervenção devem aumentar as iniciativas da criança, estimulando os pais e parceiros a interpretar seus sinais, manter as interações, utilizar rotinas sensoriais e estimular o desenvolvimento da linguagem; bem como fornecer inúmeras estratégias estruturadas para trabalhar com crianças muito jovens, em contextos individuais e em grupo, promovendo o seu desenvolvimento em domínios-chave como imitação, comunicação, cognição, competências motoras e sociais, comportamento adaptativo e jogos. **Conclusões:** O presente trabalho buscou contribuir para maior aprofundamento do conhecimento a respeito do TEA, apontando sempre para a importância do diagnóstico e intervenção precoces, de forma a aproveitar a neuroplasticidade cerebral dos primeiros anos de vida, resultando em melhor prognóstico.

ABSTRACT

Introduction: Studies suggest that parents often perceive early signs of autism risk from the age of eighteen months. While children with typical development begin to speak and interact socially, more significantly from this age, delays or total absence of verbal and non-verbal language, behaviors such as social orientation, joint attention and imitation, as well as social isolation, become more evident in children with ASD (Autistic Spectrum Disorder). **Objectives:** To alert health, education and parents professionals to the importance of early diagnosis and intervention, in order to favor a better prognosis. **Methods:** This is a bibliographic review. **Results:** The identification of risk signs for autism should be part of the routine of professionals working with the child population; The diagnosis should be closed up to thirty-six months and intervention strategies should increase the child's initiatives, encouraging parents and partners to interpret their signals, maintain interactions, use sensory routines and stimulate language development; As well as providing numerous structured strategies for working with very young children in individual and group contexts, promoting their development in key areas such as imitation, communication, cognition, motor and social skills, adaptive behavior and games. **Conclusions:** The aim of this study was to contribute to the deepening of the knowledge about TEA, always pointing to the importance of early diagnosis and intervention, so as to take advantage of brain neuroplasticity in the first years of life, resulting in a better prognosis.

INTRODUÇÃO

O autismo é classificado como um transtorno invasivo do desenvolvimento que envolve graves dificuldades ao longo da vida nas habilidades sociais e comunicativas, além daquelas atribuídas ao atraso global do desenvolvimento, e também comportamentos e interesses limitados e repetitivos.¹

Ambos os enquadramentos diagnósticos mais utilizados (ICD-10/WHO e DSM-V/APA) requerem a identificação de anormalidades na seguintes áreas do desenvolvimento: interação social, comunicação, interesses restritos e repetitivos, antes da idade de 36 meses. De fato, os relatos sobre a preocupação dos pais em relação ao comportamento social e às brincadeiras de seus filhos datam dos primeiros dois anos de vida.²

O padrão de desenvolvimento pode alterar-se de acordo com o grau de prejuízo cognitivo, sendo pior em crianças cujo Quociente de Inteligência (QI) é abaixo de 50. Aqueles que possuem prejuízo cognitivo grave têm menor probabilidade de desenvolver linguagem e maior chance de apresentar comportamentos de autoagressão, requerendo tratamento por toda a vida. Em geral, a maioria dos indivíduos tende a melhorar com a idade, quando recebe cuidado apropriado. No entanto, os problemas de comunicação e socialização tendem a permanecer durante toda a vida.¹

A etiologia do autismo ainda é desconhecida. Centenas de estudos têm tentado desvendar os fatores genéticos associados à doença. As causas neurobiológicas associadas, tais como convulsões; deficiência mental; diminuição de neurônios e sinapses na amígdala, hipocampo e cerebelo; tamanho aumentado do encéfalo e concentração aumentada de serotonina circulante sugerem forte componente genético.²

Estudos com gêmeos têm demonstrado que em monozigóticos (MZ) a concordância para o autismo varia de 36 a 92%, em contraste com gêmeos dizigóticos (DZ), onde a concordância é nula ou baixa. Porém, quando se consideram anormalidades cognitivas e sociais, o nível de concordância sobe para 92% entre os MZ e 10% entre os DZ. Outro fato relevante é que, embora o risco de recorrência para o autismo seja baixo (2-8%), o risco relativo é

de 50-200 vezes maior que a prevalência da doença na população geral.³

Acredita-se que existam de três a mais de dez genes relacionados com a doença. Além disso, o espectro autista tem sido associado a anormalidades de, praticamente, todos os cromossomos. A região 15q11-13, crítica para a síndrome de Prader-Willi/Angelman, apresenta alteração em 1% a 4% do pacientes autistas. Aberrações estruturais na região 17p11.2, crítica para a síndrome de Smith-Magenis, também foram relatadas em pacientes autistas.³

Do mesmo modo, pacientes com esclerose tuberosa, síndrome de Rett, fenilcetonúria, neurofibromatose ou síndrome do X-frágil associado ao autismo formam subgrupos etiológicos. Aproximadamente 30% dos indivíduos com X-frágil apresentam espectro autista. Entretanto, existe discordância sobre o grau de prevalência do X-frágil nesses pacientes, cuja taxa varia de 7-8%.²

O “autismo infantil” foi definido por Kanner, em 1943, sendo inicialmente denominado “distúrbio autístico do contato afetivo” como uma condição com características comportamentais bastante específicas, tais como: perturbações das relações afetivas com o meio, solidão autística extrema, inabilidade no uso da linguagem para comunicação, presença de boas potencialidades cognitivas, aspecto físico aparentemente normal, comportamentos ritualísticos, início precoce e incidência predominante no sexo masculino.¹

Em 1944, Asperger propôs em seu estudo a definição de um distúrbio que ele denominou “psicopatia autística”, manifestada por transtorno severo na interação social, uso pedante da fala, desajeitamento motor e incidência apenas no sexo masculino. O autor utilizou a descrição de alguns casos clínicos, caracterizando a história familiar, aspectos físicos e comportamentais, desempenho nos testes de inteligência, além de enfatizar a preocupação com a abordagem educacional destes indivíduos. Ambos os trabalhos tiveram impacto na literatura mundial; no entanto, em momentos distintos.¹

Em trabalho de 1956, Kanner continua descrevendo o quadro como uma “psicose”, referindo que todos os exames clínicos e laboratoriais foram incapazes de fornecer dados consistentes no que se

relacionava à sua etiologia, diferenciando-o dos quadros deficitários sensoriais, como a afasia congênita, e dos quadros ligados às oligofrenias, novamente considerando-o uma verdadeira psicose.⁴

As primeiras alterações dessa concepção surgem a partir de Ritvo em 1976, que relaciona o autismo a um déficit cognitivo, considerando-o não uma psicose e sim um distúrbio do desenvolvimento. Dessa maneira, a relação autismo-deficiência mental passa a ser cada vez mais considerada, levando-nos a uma situação díspar entre as classificações francesa, americana e a da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁵

Cabe lembrar que mesmo a escola francesa, com sua tradição psicodinâmica, prefere hoje ver o autismo vinculado à questão cognitiva. Lebovici em 1991, com toda a sua tradição psicanalítica, é textual quando diz que para os clínicos é uma síndrome relativamente precisa. A referência histórica a Kanner faz da síndrome autística uma maneira mais ou menos específica de estar no mundo e aí formar relações atípicas, caracterizando a ambiguidade e a diferença das duas abordagens e mesmo da avaliação diversa que permite enquadrarmos crianças diferentes em um mesmo quadro nosográfico, consistindo em emprestar ao conceito de psicose um caráter vago.⁶ Leboyer também é textual quando diz que a confrontação das observações clínicas e dos dados obtidos através da análise dos processos cognitivos e emocionais permite considerar a descrição de um modelo cognitivo anormal sustentando a patologia dos autistas. Assim sendo, são difíceis, na atualidade, autores, por mais diversas que sejam suas concepções, que não considerem o autismo dentro de uma abordagem cognitiva.⁴

Tais fatos são exaustivamente citados por Gillberg em 1990 quando fala que é altamente improvável que existam casos de autismo não orgânico, dizendo que o autismo é uma disfunção orgânica e não um problema dos pais. O novo modo de ver o autismo é biológico.⁷

Outros autores, como Burack, em 1992, reforçam a ideia do déficit cognitivo, frisando que o autismo tem sido, nos últimos anos, focado sob uma ótica desenvolvimentista, sendo relacionado à deficiência mental, uma vez que cerca de 60-70% dos autistas têm alguma deficiência mental.⁴

Entretanto, pela penetração e abrangência dos conceitos, somos obrigados a nos remeter ao autismo a partir de sua constelação comportamental para que possa ser explorado minuciosamente e para que conexões causais possam ser estabelecidas dentro das possibilidades atuais.⁸ Neste estudo, temos como objetivo alertar profissionais de saúde, de educação e pais para a importância do diagnóstico e intervenção precoces, de forma a favorecer um melhor prognóstico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica. A pesquisa foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. Foram obtidos artigos originais científicos na LILAC, SciELO, Scopus e PubMed. Os descritores utilizados foram: “early intervention”, “benefits”, “child” e “autism”. O limite temporal foi 2010 e o idioma escolhido foi o inglês.

REVISÃO ACADÊMICA

Importância da identificação precoce por pais e educadores de saúde

A literatura científica revela que pesquisas sobre intervenção precoce em autismo têm crescido nas últimas décadas. Um dos fatores que pode ter contribuído para esse fenômeno é o aumento da consciência sobre os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) na população, levando famílias a detectarem, cada vez mais cedo, e com mais frequência, os sinais de risco de autismo, notadamente indícios de atrasos ou desvios na comunicação e interação social.^{5,6}

Estudos sugerem que os pais costumam perceber os primeiros sinais de risco a partir da idade de dezoito meses. Enquanto as crianças com desenvolvimento típico começam a falar e interagir socialmente, de forma mais significativa a partir dessa idade, os atrasos ou ausência total da linguagem verbal e não verbal, comportamentos como orientação social, atenção conjunta e imitação, assim como o isolamento social, tornam-se mais evidentes em crianças com TEA nesse período.⁹

A cronicidade e o alto índice de prevalência dos TEA reforçam a necessidade da intervenção precoce aos primeiros sinais de risco. Cabe ainda

salientar que crianças com TEA expostas a programas de intervenção, antes dos cinco anos, apresentam melhor prognóstico do que aquelas que recebem tratamento posteriormente.¹⁰

Dificuldades no desenvolvimento social são os indicadores mais prováveis de um futuro diagnóstico de autismo, entretanto o atraso da fala parece ser o motivo que mais mobiliza os pais na busca por assistência. Comprometimentos no desenvolvimento da linguagem foram os sintomas mais frequentemente observados, porém os da socialização foram os mais precocemente identificados. No geral, a idade média em que os primeiros sintomas foram percebidos foi 15,2 meses.¹⁰

O TEA é uma condição que tem início precoce e cujas dificuldades tendem a comprometer o desenvolvimento do indivíduo, ao longo de sua vida, ocorrendo uma grande variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia, nas áreas que definem o seu diagnóstico. Atualmente, o TEA é compreendido como uma síndrome comportamental complexa que possui etiologias múltiplas, combinando fatores genéticos e ambientais.¹¹

Até o momento, as bases biológicas que buscam explicar a complexidade do transtorno são apenas parcialmente conhecidas e, por isso, a identificação e o diagnóstico do transtorno baseiam-se nos comportamentos apresentados e na história do desenvolvimento de cada indivíduo.¹²

De acordo com estudos recentes, a estimativa de prevalência do TEA é 62/10.000, com uma incidência quatro vezes maior em meninos do que em meninas. Conforme os critérios diagnósticos do DSM-5, as primeiras manifestações do TEA devem aparecer antes dos 36 meses de idade. Todavia, dados empíricos demonstram que a maioria das crianças apresenta problemas no desenvolvimento entre os 12 e 24 meses, sendo que alguns desvios qualitativos no desenvolvimento aparecem antes mesmo dos 12 meses.²

Diversos estudos destacam a intervenção precoce como fator fundamental para a melhora do quadro clínico do autismo, gerando ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança. Devido à plasticidade cerebral, a precocidade do início da intervenção desempenha papel importante, potencializando os efeitos positivos da mesma.²

Alguns autores ressaltam quatro fatores que podem influenciar no atraso na realização do diagnóstico precoce: 1) a variabilidade na expressão dos sintomas do TEA; 2) as limitações da própria avaliação de pré-escolares, uma vez que essa população demanda instrumentos específicos e sensíveis aos comportamentos sociais mais sutis e próprios dessa faixa etária; 3) a falta de profissionais treinados/habilitados para reconhecer as manifestações precoces do transtorno; e 4) a escassez de serviços especializados.⁸

Uma importante limitação do diagnóstico precoce refere-se ao fato de que muitas das características comportamentais do TEA, tal como constam nos manuais de classificação e de critérios diagnósticos, baseiam-se principalmente em sintomas que são comuns em crianças e adultos, mas que dificilmente são vistos em bebês, como por exemplo, a interação com os pares. A mesma limitação aparece quando se analisam dificuldades no desenvolvimento da linguagem em crianças que ainda não falam, uma vez que o reconhecimento dos comprometimentos na área não verbal, por exemplo, comunicação através dos gestos e expressões faciais/posturais, ainda é um desafio.⁸

Além disso, os comportamentos e interesses repetitivos e/ou rituais, dificilmente se manifestam antes dos 18 meses e tendem a se tornar mais aparentes aproximadamente entre os 3 e 4 anos, período em que a identificação do referido transtorno também é menos ambígua. Em vista disso, geralmente o encaminhamento das crianças com suspeita de TEA só ocorre quando se percebe um atraso importante na fala, ainda que desvios no desenvolvimento da sociabilidade possam ser observados mais cedo.¹³

Devido à convivência diária, envolvendo diferentes contextos e ocasiões, reconhece-se que, na maioria das vezes, são os pais, e não os profissionais, os primeiros a suspeitarem de problemas no desenvolvimento da criança. Sendo assim, a realização de entrevista com os pais é uma importante fonte de informação quando se pretende realizar o diagnóstico ou pesquisas, envolvendo crianças com TEA, ainda que haja limitações nesse procedimento. Entre os obstáculos, destacam-se os vieses e o desconhecimento por parte dos pais dos aspectos do desenvolvimento que são esperados para uma determinada idade.¹⁴

Segundo outros autores, pode-se concluir que os pais, pelo menos na cultura estudada, foram capazes de reconhecer sintomas próprios do TEA durante os dois primeiros anos de vida do filho. Esse aspecto é fundamental porque é um gatilho na busca por auxílio médico, em uma cadeia de acontecimentos que pode culminar com o diagnóstico precoce. Os comprometimentos no comportamento social foram os mais precocemente observados pelos cuidadores, sobretudo a qualidade da interação social.¹⁴

Uma vez que habilidades sócio-comunicativas básicas, como é o caso da atenção compartilhada, desenvolvem-se na relação com outras pessoas, presumiu-se, neste estudo, que problemas precoces na interação podem ter acarretado atraso na fala, comportamento relatado com maior frequência pelos pais. Tal fato ressalta a importância da realização de um rastreamento detalhado acerca do desenvolvimento sócio-comunicativo precoce da criança, mesmo que os cuidadores não tenham relatado preocupações iniciais nessa área. Isso porque a detecção de problemas no desenvolvimento social, em especial na atenção compartilhada, é crucial para o diagnóstico do TEA, maximizando a probabilidade de a criança receber intervenção precoce em serviços especializados.⁵

Sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas a fim de melhor esclarecer algumas questões, como por exemplo, o papel da escolaridade parental e do desenvolvimento cognitivo da criança como um possível facilitador deste processo. Do mesmo modo, recomenda-se que pesquisadores e profissionais nessa área investiguem as primeiras manifestações sintomáticas, através de instrumentos específicos para essa faixa etária, a fim de possibilitar a recordação dos pais acerca dos sinais mais sutis.¹⁵

No que se refere ao contexto brasileiro, a questão é ainda anterior, uma vez que pesquisas envolvendo a construção e validação de instrumentos específicos para o TEA são muito iniciais, principalmente no que tange aos de rastreamento de casos suspeitos. A replicação do presente estudo com amostras brasileiras também se faz necessária. Além disso, estudos longitudinais e prospectivos são importantes para melhor investigar os indicadores precoces do TEA, sendo este conhecimento fundamental para se pensar em programas com vistas

a habilitar pais e profissionais a identificarem precocemente esse transtorno.¹⁵

Princípios básicos dos programas de intervenção precoce

Embora crianças com autismo apresentem dificuldades iniciais que prejudicam sua capacidade de inserção em seu grupo social, não ajudá-las é ratificar um diagnóstico que sempre fora pautado pela ausência: ausência de comunicação, ausência de interação social e ausência de simbolização, sem que, ao menos, sejam oferecidas alternativas a elas que desmistifiquem o rótulo que desde pequenas recebem em suas vidas, prejudicando tanto a compreensão das pessoas diante do quadro, quanto suas potencialidades.¹⁶

Devido a isso, conhecer os tipos de intervenções que têm por objetivo ajudar essas crianças a superarem suas dificuldades iniciais e como funcionam é fundamental para que se fomentem novas estratégias ao tratamento do autismo infantil.¹⁶ Em primeiro lugar, a partir das décadas de 60 e 70, nos Estados Unidos, um novo conceito para o atendimento às pessoas com necessidades especiais surgiu, onde, ao invés de se trabalhar sobre o foco na doença mental e no tratamento a esta doença apenas quando ela já se encontrava cronicada, passou-se a trabalhar visando à saúde mental, ou seja, almejando a prevenção de doenças ou procurando atuar nelas antes que se agravassem.¹⁷

Além disso, devido à plasticidade neuronal, que permite um maior rearranjo das ligações sinápticas e funcionamento cerebral acredita-se que como o transtorno autista está associado a prejuízos nos sistemas cerebrais surgidos muito cedo na vida destas crianças, as intervenções precoces, por causarem transformações nas sinapses neuronais do cérebro, que ainda se encontram bastante flexíveis devido à pouca idade destas crianças, podem ajudá-las a exibirem uma atividade mais normal do mesmo.¹⁸

Desta forma, as intervenções atuais sobre o transtorno autista procuram, após a identificação dos sintomas primários, criar estratégias de intervenções que possam atuar, o mais precocemente possível, sobre esses sintomas. Algumas dessas intervenções, que, sobretudo, estão sendo desenvolvidas em outros países, utilizam a abordagem desenvolvimentista,

procurando atuar, assim que as dificuldades iniciais são identificadas, no curso do desenvolvimento da criança autista, analisando o que o difere do curso do desenvolvimento típico para tentar aproximá-lo, o mais que puder deste último.¹⁸

O fomento das interações sociais entre a criança com autismo e as pessoas ao seu redor é realizado nas intervenções a partir do momento em que a criança passa a prestar atenção ao adulto para que, então, consiga interagir com ele. Para tal, é imprescindível que a criança com autismo desenvolva as habilidades socioemocionais da linguagem, permitindo que passe de um nível pré-linguístico para o linguístico, através do desenvolvimento do uso intencional da linguagem.¹⁹

Outros autores afirmam que as dificuldades de comunicação no autismo se encontram muito mais na área da comunicação social do que na produção da fala. Dessa maneira, as crianças com autismo seriam capazes de falar, mas não o fazem ou fazem de modo não convencional porque não percebem os outros como agentes comunicativos, não desenvolvendo a intenção de se comunicar com elas.⁹

Com isso, estratégias são criadas, de modo que a criança encontre no ambiente motivação suficiente para que possa desenvolvê-los. Uma das maneiras de se fazer isso é criando situações na qual a criança é estimulada a ter um papel ativo na interação, ou seja, onde ela, por necessidade, precise buscar o contato com o outro e esse precisa compreender o que ela pretende para que sua necessidade seja satisfeita no momento.²⁰

Essa visão é bem diferente do que vinha sendo aplicado nas décadas de 60 e 70, através da abordagem comportamental, em que o foco estava no ensino de comportamentos observáveis pelo terapeuta que precisavam ser aprendidos pela criança, o que a deixava em uma posição passiva, sem que percebesse o seu verdadeiro papel nas interações sociais.²⁰

Mesmo que o profissional utilize de contextos naturais, geralmente trabalha com um sentido de previsibilidade, rotina e consistência nessas interações naturais. Por exemplo, estabelecendo um mesmo horário para a intervenção, oferecendo os mesmos brinquedos durante um tempo até que a criança possa gradativamente aceitar trocas. Isso porque, como a

criança com autismo apresenta dificuldades nas mudanças do ambiente, é necessário que ela se sinta segura e confiante para o estabelecimento efetivo das interações sociais.²¹

Já para a abordagem desenvolvimentista, que parte “de onde a criança está” na escala de desenvolvimento, visando recuperar possíveis atrasos ou desvios, é imprescindível desenvolver habilidades efetivas de comunicação, sejam elas verbais ou não verbais, o que ajuda a minimizar problemas comportamentais que essas crianças possam apresentar, como comportamentos agressivos, birras e autoagressão, e a aumentar a interação social.¹

A criança precisa, pois, ser entendida no contexto de seu grupo familiar. Isso inclui a carga de expectativas sobre a criança, pois a família, principalmente seus progenitores, sempre tece planos para ela, tendo como base as habilidades e competências de um indivíduo com desenvolvimento típico. A criança com autismo nem sempre pode corresponder a tantas expectativas e isso pode ter muitas consequências no modo da família agir com ela, principalmente sua mãe, que constrói suas expectativas desde que carrega a criança em seu ventre. Tal fato deve ser levado em consideração, bem como uma orientação adequada a essa família, onde se incluam, dentre outros temas, informações a respeito do transtorno, as dificuldades que a família enfrenta para lidar com os comportamentos da criança e como é possível ajudá-la a se desenvolver.²¹

Em relação às famílias de crianças com autismo a literatura aponta quatro estressores. O primeiro é a falta de informação que a família possui em relação aos problemas de desenvolvimento infantil, o que a impede de compreender certos comportamentos da criança e entender a melhor forma de se relacionar com ela. O segundo seria a angústia da família em aceitar o transtorno de sua criança, o que, quando não trabalhado, pode distanciar a família da criança, como pode também fazer com que a família evite situações sociais, como ir passear com seu filho ou visitar amigos. Já o terceiro estressor é a mudança na rotina da família, que precisa se organizar para conseguir oferecer os tratamentos necessários para ajudar a criança, além de precisar se organizar financeiramente para que possa oferecer um tratamento de qualidade a ela, o que pode trazer

graves dificuldades tanto no orçamento familiar quanto na rotina da família. O último estressor é a capacidade de a família administrar todos esses estressores, de modo a manter a sua união, o que, quando não ocorre, pode ser extremamente devastador para todos os seus membros.²²

Por isso, é fundamental uma atenção especial para que a família encontre suporte para lidar e enfrentar essas adversidades e que compreenda que unida pode enfrentá-las, além de compreender que não é porque sua criança tem dificuldades que ela não pode se desenvolver e se inserir na família.²²

Os diferentes programas de intervenção precoce

Existem inúmeros programas de intervenção. Neste estudo, citaremos alguns: SCERTS (Model for Enhancing Communication and Socioemotional Abilities) é um modelo para aumentar a comunicação e habilidades socioemocionais. Desenvolvido por alguns autores esse programa tem como foco para o planejamento da intervenção enfatizar a regulação emocional, desenvolvimento sociocomunicativo e o suporte à família. O tratamento envolve tanto um atendimento clínico quanto um atendimento na escola e também em casa, utilizando, para isso, suporte, treinamento e orientação à família.²³

Outro programa, o DIP (Developmental and Individual-difference), foi desenvolvido por autores que acreditam que as interações afetivas podem propiciar o crescimento cognitivo e emocional da criança. O DIP tem como objetivo primordial fazer com que a criança autista desenvolva o sentido de si própria como um ser intencional.²³

Devido a isso, o DIP procura ajudar a criança autista a alavancar o seu desenvolvimento através do domínio de sete habilidades fundamentais para o fomento da inteligência e interações com o mundo, já que procura desenvolver os processos fundamentais que são a base do desenvolvimento infantil, e que, ao não se desenvolverem nos autistas, ocasionam os seus prejuízos. São elas: desenvolvimento da atenção e foco ao estímulo social, engajamento e relacionamento com as pessoas, desenvolvimento de comportamentos não verbais, compreensão do afeto, solução de problemas complexos, comunicação simbólica e pensamento lógico e abstrato.²³

Além disso, o DIP inclui em seu programa dois tipos de modelos de intervenção. O primeiro inclui os modelos afetivos, sensoriais e motores que analisam se a criança autista está hiper ou hiporreativa às modalidades sensoriais. Já o segundo adota os modelos de interação afetiva e relacionamento, onde o interesse é aumentar as interações sociais entre cuidadores e suas crianças, de forma que eles compreendam o nível funcional de sua criança e ajudem-na em seu desenvolvimento.²⁴

Já a AAC (Augmentative and Alternative Communication) envolve técnicas de comunicação que auxiliam a criança autista a aperfeiçoar sua comunicação ou a desenvolver uma comunicação alternativa, já que não desenvolveu ainda modos convencionais para tal. Para o programa é fundamental ajudar essa criança a estender os comportamentos não verbais utilizados por ela, ampliando-os para diferentes contextos, o que pode ser viabilizado pelas técnicas de AAC.¹⁰

Uma das estratégias utilizadas na AAC é o uso de símbolos gráfico-visuais, que além de capitalizar as facilidades visuo-espaciais do autista, pode ser útil como mais um dos componentes de um sistema multimodal de comunicação, no qual a criança pode desenvolver espontaneamente sua comunicação inicial. Isso porque quando as estratégias focalizam as intervenções através do sentido da visão, a comunicação da criança autista apresenta substanciais melhoras, visto que, a visão é um dos sentidos mais utilizado por essas crianças.²⁴

Faz-se necessário, também, incentivar os jogos infantis entre as crianças autistas e seus pares, uma vez que através dos mesmos essas crianças podem expandir e diversificar o seu repertório comunicativo. Para os autores, o jogo apresenta muitas qualidades de interação social que podem ajudar a criança com autismo a se desenvolver.²⁵

CONCLUSÃO

A criança com autismo não está suscetível a trocas sociais contínuas com as outras crianças ou com os adultos, apresentando déficits na atenção conjunta, na capacidade de imitação, na falta de sensibilidade às recompensas sociais, que são competências fundamentais para que a criança participe do ambiente de aprendizagem social. Deste

modo, o desenvolvimento das competências sócio-emocionais e educativas fica prejudicado. Um programa adequado deverá sugerir, então, meios e estratégias para apoiar, recompensar e aumentar as iniciativas da criança, estimulando os pais e parceiros a interpretar os sinais da criança, manter as interações, utilizar rotinas sensoriais e estimular o desenvolvimento da linguagem; bem como fornecer inúmeras estratégias estruturadas para trabalhar com crianças, desde muito jovens, em contextos individuais e em grupo, promovendo o seu desenvolvimento em domínios-chave como a imitação, a comunicação, a cognição, as competências motoras e sociais, o comportamento adaptativo e os jogos.

As pesquisas concluem não haver uma abordagem que possa ser universalmente aplicada a

todas as crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), mas identificam alguns elementos universais que são considerados fundamentais para a intervenção precoce, independentemente de seu paradigma teórico. De forma específica, esses elementos incluem: a) o tratamento destina-se às crianças de zero a cinco anos, que estejam em risco de atraso ou desvio em seu desenvolvimento; b) deve ser direcionada à comunicação e atividades lúdicas e basear-se no perfil individual da criança, com metas claras e sistemáticas para alcançar os objetivos traçados; c) deve focar no desenvolvimento de cinco domínios: atenção a elementos do ambiente, imitação, compreensão e uso da linguagem, jogo apropriado com brinquedos e interação social; d) analisar os fatores de estresse familiar e conciliar os apoios necessários.

REFERÊNCIAS

1. Sacrey LA, Bennett JA, Zwaigenbaum L. Early Infant Development and Intervention for Autism Spectrum Disorder. *J Child Neurol*. 2015; 30(14):1921-9.
2. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet*. 2014; 383(9920):896-910.
3. Tonge BJ, Bull K, Brereton A, Wilson R. A review of evidence-based early intervention for behavioural problems in children with autism spectrum disorder: the core components of effective programs, child-focused interventions and comprehensive treatment models. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27(2):158-65.
4. Rattazzi A. The importance of early detection and early intervention for children with autism spectrum conditions. *Vertex*. 2014; 25(116):290-4.
5. Camarata S. Early identification and early intervention in autism spectrum disorders: accurate and effective? *Int J Speech Lang Pathol*. 2014; 16(1):1-10.
6. MacDonald R, Parry-Cruwys D, Dupere S, Ahearn W. Assessing progress and outcome of early intensive behavioral intervention for toddlers with autism. *Res Dev Disabil*. 2014; 35(12):3632-44.
7. Kasari C. Are we there yet? The state of early prediction and intervention in autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53(2):133-4.
8. Zanon RB, Backes B, Bosa C. Identificação dos primeiros sintomas do Autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2014; 30(1):25-33.
9. Charman T. Early identification and intervention in autism spectrum disorders: some progress but not as much as we hoped. *Int J Speech Lang Pathol*. 2014; 16(1):15-8.
10. Romski M, Sevcik RA, Barton-Hulsey A, Whitmore AS. Early Intervention and AAC: What a Difference 30 Years Makes. *Augment Altern Commun*. 2015; 31(3):181-202.
11. Li-Grining CP, Durlak JA. The design and implementation of early childhood intervention programs: informing efforts to address risk and promote resilience. *J Prev Interv Community*. 2014; 42(4):243-7.
12. Zachor DA, Curatolo P; Participants of Italian-Israeli Consensus Conference. Recommendations for early diagnosis and intervention in autism spectrum disorders: an Italian-Israeli consensus conference. *Eur J Paediatr Neurol*. 2014; 18(2):107-18.
13. Manning-Courtney P, Murray D, Currans K, Johnson H, Bing N, Kroeger-Geoppinger K, et al. Autism spectrum disorders. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2013; 43(1):2-11.
14. Koegel LK, Koegel RL, Ashbaugh K, Bradshaw J. The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *Int J Speech Lang Pathol*. 2014 Feb; 16(1):50-6.

15. Dawson G, Jones EJ, Merkle K, Venema K, Lowy R, Faja S, et al. Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(11):1150-9.
16. Karanth P, Chandhok TS. Impact of early intervention on children with autism spectrum disorders as measured by inclusion and retention in mainstream schools. *Indian J Pediatr*. 2013; 80(11):911-9.
17. Mark DH, Civic D; Blue Cross Blue Shield Association. Special report: early intensive behavioral intervention and other behavioral interventions for autism spectrum disorder. *Technol Eval Cent Assess Program Exec Summ*. 2015; 30(1):1-3.
18. Orinstein AJ, Helt M, Troyb E, Tyson KE, Barton ML, Eigsti IM, et al. Intervention for optimal outcome in children and adolescents with a history of autism. *J Dev Behav Pediatr*. 2014; 35(4):247-56.
19. Kotsopoulos S. Early diagnosis of autism: Phenotype-endophenotype. *Psychiatriki*. 2015; 25(4):273-81.
20. Estes A, Munson J, Rogers SJ, Greenson J, Winter J, Dawson G. Long-Term Outcomes of Early Intervention in 6-Year-Old Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(7):580-7.
21. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2012; 15(3):247-77.
22. Bradshaw J, Steiner AM, Gengoux G, Koegel LK. Feasibility and effectiveness of very early intervention for infants at-risk for autism spectrum disorder: a systematic review. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45(3):778-94.
23. Crais ER, Watson LR. Challenges and opportunities in early identification and intervention for children at-risk for autism spectrum disorders. *Int J Speech Lang Pathol*. 2014; 16(1):23-9.
24. Samms-Vaughan ME. The status of early identification and early intervention in autism spectrum disorders in lower- and middle-income countries. *Int J Speech Lang Pathol*. 2014; 16(1):30-5.
25. Fortea Sevilla Mdel S, Escandell Bermúdez MO, Castro Sánchez JJ. Early detection of autism: professionals involved. *Rev Esp Salud Publica*. 2013; 87(2):191-9.