

# AUTISMO = TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA



Ms. MARIA DALVA LOURENCETI  
NEUROPSICÓLOGA

# Histórico

- Jean Marc Itard (1801): Victor de Aveyron
- John Haslam (1809): *Observações sobre a loucura e a melancolia*; dois meninos com atraso de desenvolvimento, alterações na comunicação, boa memória, comportamento agitado e negativista.

# Histórico

- Henry Maudsley (1887): *Fisiologia e patologia da mente*; 30 páginas dedicadas à alienação da primeira infância.
- Heller (1908): Demência de Heller
- Sancte De Sanctis (1910): Demência Precocíssima

# Autismo - Breve Histórico

- ✦ Leo Kanner (1943) *Autistic Disturbance of Affective Contact*.
- ✦ Grupo de onze crianças, que apresentavam desde o nascimento:
  - ✦ dificuldades em estabelecer relações sociais;
  - ✦ falha no uso de linguagem comunicativa;
  - ✦ fixação por rotinas e estereotípias;



A síndrome do autismo foi descoberta simultaneamente, na década de 1940, por dois médicos de origem austríaca, que trabalhavam separadamente: Leo Kanner, erradicado nos Estados Unidos, e Hans Asperger, que permaneceu na Europa durante o período da Segunda Guerra Mundial. A palavra autismo foi criada pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler para descrever a "fuga da realidade" observada em alguns indivíduos.



# Histórico

- Leo Kanner (1943): *Autistic disturbances of affective contact*; descrição de 11 crianças de 2 a 11 anos, sendo 8 meninos e 3 meninas, com uma síndrome caracterizada por inabilidade de se relacionar com pessoas e situações, solidão autista extrema, falha em assumir postura antecipatória, dificuldade em adquirir fala comunicativa e excelente memória.

# Histórico

- Hans Asperger (1944): psicopatia autística
- Psiquiatria Americana (anos 60):
  - Psicoses da primeira e segunda infância
    - Psicoses Autísticas
    - Psicoses Simbióticas
    - Atypical Child



# Histórico

- V. Lotter (1966): *Epidemiology of autistic conditions in young children; Middlesex (Grã-Bretanha)*.
- Leo Kanner (1971): *Follow-up study of eleven autistic children; evolução desfavorável*.





## CONCEITO:

- Distúrbio complexo do neurodesenvolvimento, com amplo espectro de manifestações clínicas, caracterizado por prejuízos na interação social, na comunicação verbal e não verbal e por apresentar padrões restritos, repetitivos e estereotipados do comportamento, interesses e atividades.





Figure 1-5b Visualizing Human Biology, 1/e



## EPIDEMIOLOGIA:

- Gênero: Mais masculino 3-4 /1 .
- Fatores ambientais: Idade pai avançada (mutações aleatórias), prematuridade extrema, baixo peso, infecção congênita, diabetes ou obesidade materna, etc.
- Herdabilidade: 90%

## PREVALÊNCIA:

- Décadas de 50-70: 0,4/10.000.
- A partir de 1987 7/10.000.
- Após ano 2000: 2,1/1000
- Atualmente: 1/100



- deficiência intelectual estaria presente em 70% dos pacientes (Fombonne, 2005)
  - 29,3% deficiência leve/moderada
  - 38,5% deficiência severa/profunda
- segundo Baird (2006) 55% dos indivíduos com TEA apresentariam deficiência intelectual



## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS: (DMS 5)

### 1. DÉFICIT PERSISTENTES NA COMUNICAÇÃO SOCIAL E INTERAÇÃO SOCIAL EM MÚLTIPLOS CONTEXTOS.

- Déficit na reciprocidade emocional (redução de interesses, emoções e afetos ; dificuldade para iniciar ou responder interações sociais)
- Déficit nos comportamentos comunicativos não verbais (déficit na compreensão e uso de gestos, expressões faciais )
- Déficit para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (pouco interesse por pares, dificuldade com brincadeiras imaginativas, fazer amigos e adequar a contextos sociais diversos)

## 2. PADRÕES RESTRITIVOS E REPETITIVOS DE COMPORTAMENTO, INTERESSES OU ATIVIDADES

- Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipadas ou repetitivas (estereotípias motoras, andar em flexão plantar -ponta dos pés- , alinhar brinquedos, girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas)
- Insistência nas mesmas coisas - padrão repetitivo- , adesão inflexíveis a rotinas e padrões ritualizados (sofrimento extremo com mudanças, rituais de saudação, mesmo caminho, mesmos alimentos)

- Interesses fixos e altamente restritos, anormais em intensidade e foco (apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses circunscritos e perseverativos)
- Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesses comuns (indiferença a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimentos)



### 3. SINTOMAS DEVEM ESTAR PRESENTES PRECOCEMENTE NO PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO

- Podem ser exacerbados ou mascarados com a idade

### 4. SINTOMAS CAUSAM PREJUÍZOS SIGNIFICATIVOS NO SOCIAL, PROFISSIONAL OU OUTRAS ÁREAS IMPORTANTES.

### 5. ESSAS PERTURBAÇÕES NÃO PODEM SER EXPLICADAS SOMENTE POR DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (mas podem ser comorbidades)

- OBS: Pode ser com ou sem comprometimento intelectual e/ou de linguagem concomitante, ou associada a outras condições médicas, genéticas ou outro transtorno de neurodesenvolvimento, mental ou comportamental.



## DIAGNOSTICO:

- ATRASSO DO DNPM:

DNPM NORMAL: Segue com o olhar 1 mês; riso social 2 meses; sustenta pescoço 3 meses; senta-se sem apoio 6 meses; lalação 6-10 meses; bissílabos significantes 10-12 meses; engatinha 10 meses; responde ao nome 10 meses; anda com apoio 10-18 meses; palavras frases 12-18 meses; comunica-se aos 2 anos : verbal e/ou não verbal;  
fala correta 5 anos.

DIAGNOSTICO:

QUADRO CLINICO:

- Pouco contato visual, comportamento arredo, atividades repetidas e poucos criativas, estereotipias; prefere objetos a pessoas, risos, choros e gritos imotivados; interessa-se por partes de brinquedos do que por função; pode se entreter horas rodando objetos ou organizando-os; preferência por sequências: a,e,i...,1,2,3...; desconforto ou pânico com estímulos múltiplos: festas, parabéns; ecolalia , ecopraxia, etc.
- M-CHAT questionário para pesquisa até 36 meses.

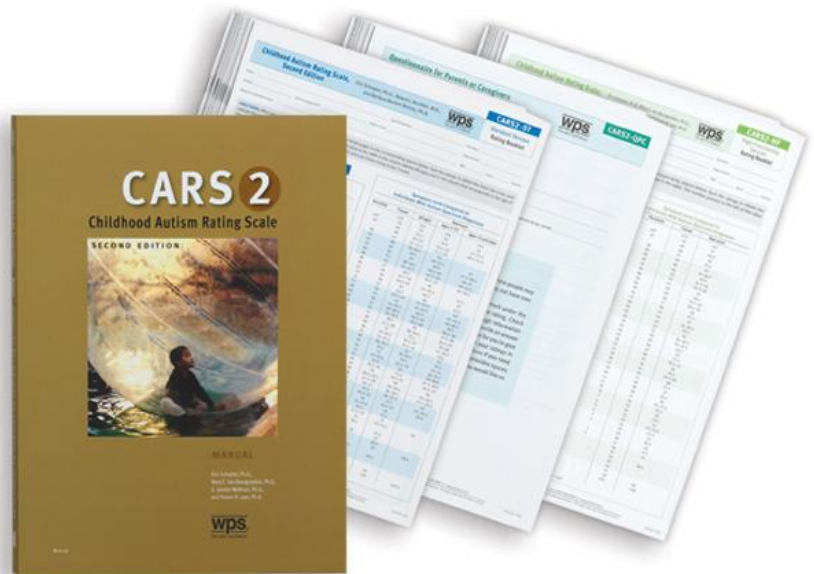
# Anexo 1

## Versão Final do M-CHAT em Português

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

CARS ou escala de avaliação do autismo na infância utiliza quinze categorias de comportamento, características e capacidades em que compara o desenvolvimento esperado com o comportamento tipicamente autista: relacionamento com outras pessoas, imitação, resposta emocional, utilização dos objetos, utilização do corpo, adaptação à mudança, resposta visual, resposta ao que escutou, resposta ao paladar, ao cheiro e ao toque, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, resposta intelectual e impressões gerais.



## **Desenvolvimento Infantil (SGS II)**

A escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil (sgs II) é um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil das crianças dos 0 aos 5 anos.

Este teste permite identificar o nível de desenvolvimento da criança em nove áreas de competências: Controle Postural Passivo, Controle Postural Ativo, Competências Locomotoras, Competências Manipulativas, Competências Visuais, Audição e Linguagem, Fala e Linguagem, Interação Social e Autonomia Pessoal.

A escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil tem uma duração média de 20/25 minutos, apresenta instruções de aplicação detalhadas e tem materiais atrativos para as crianças.



## **Inventário de Comportamentos Autísticos – ICA**

Inventário de Comportamentos Autísticos – ICA é uma adaptação para português da Autism Behaviour Checklist – ABC desenvolvida por Krug, Arick e Almond em 1980. Inventário de Comportamentos Autísticos – ICA foi adaptado por Marteleto e Pedromônico em 2005.

## **Inventário de Comportamentos Autísticos**

Esta escala é uma lista de 57 comportamentos não adaptativos, atípicos, organizados em cinco áreas: sentidos, relações, uso do corpo e objetos, linguagem e interação social e autocuidado. Foi desenhada para aplicação a crianças em idade escolar, mas pode ser utilizada na idade pré-escolar.

## **Como usar o Inventário de Comportamentos Autísticos**

Cada item é pontuado de 1 a 4, resultando numa pontuação parcial para cada domínio e numa pontuação global. Quando a pontuação atinge um total de 68 pontos ou mais, considera-se a criança com autismo. Se a pontuação está entre 54 e 67 é indicativo da criança ter autismo. Pontuação entre 47 e 53 levanta dúvidas quanto à probabilidade da criança ter autismo e valores abaixo de 47 indicam que a criança é típica.

É importante referir que esta escala é um instrumento complementar, tem de ser complementada por outros testes.



## **ADOS 2 - Escala de Observação para o Diagnóstico do Autismo**

C. Lord, M. Rutter, P.C. DiLavore e R. Risi

**O ADOS é uma escala de observação comportamental, estandardizada e semiestruturada, para o diagnóstico do autismo e de perturbações do desenvolvimento do espectro autista.**

**Os materiais e as atividades criam situações estandardizadas, nas quais é possível observar a comunicação e os comportamentos relevantes para o**

**diagnóstico.É composto por 4 módulos, destinados a sujeitos com diferentes**

**níveis de desenvolvimento e de comunicação verbal. Fornece uma avaliação da situação atual e inclui um sistema de pontuação algorítmica para o diagnóstico.**

## ADI-R

ADI-R é a sigla para Autism Diagnostic Interview-Revised ou Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada. Trata-se de uma entrevista diagnóstica semi-estruturada concebida para ser aplicada no principal cuidador da criança com hipótese de transtorno global do desenvolvimento (TGD). Tem o objetivo de fornecer uma avaliação ao longo da vida de uma série de comportamentos relevantes para o diagnóstico diferencial de TGD em indivíduos a partir dos 5 anos até o início da idade adulta e com idade mental a partir dos 2 anos de idade.

O instrumento passou por uma revisão em 1994. Na revisão, o instrumento foi reorganizado, abreviado e modificado de forma a ser adequado na avaliação de crianças com idade mental de 18 meses até a idade adulta e aumentou a equivalência com os critérios do CID-10 e do DSM-IV.





## Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R)

PEP-R O PEP-R (Perfil Psicoeducacional revisado) é um instrumento de avaliação voltado para crianças com autismo e com outros distúrbios de desenvolvimento que nos ajuda a descrever padrões irregulares de aprendizado e caminhos para avaliar comportamentos que comprometem o aprendizado. Quem faz o curso de 6 horas aprende a aplicação da avaliação em crianças de até 12 anos de idade e a mensuração dos dados para confecção de relatórios e programas educacionais.



## DIAGNOSTICO:

- Anamneses: História Familiar e/ou perinatal . (Fenótipo Ampliado do Autismo) . Exame físico: incoordenação motora.
- Avaliação Neuropsicológica
- Relatório escola , terapeutas se tiver ; pedir gravação da criança na escola, festas (convívio com pares).
- Se suspeita de distúrbio auditivo : audiometria e fonoaudiologia.
- RM de Crânio Funcional: ativam regiões frontotemporais, mas não amígdala ( baixa percepção expressão e reconhecimento facial )



## Classificação:

- DSM 5: Nível 1: exige apoio ; Nível 2: exige apoio substancial ; Nível 3: exige apoio muito substancial.
1. Transtorno do Espectro Autista de Baixo Funcionamento : (TEABF) antigo autismo clássico  
60-70%
  2. Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento (TEAAF) : Síndrome de Asperger e TEAAF não Asperger.

COMORBIDADE: 70% de associação com outro transtorno mental e 40% podem ter dois ou mais transtornos mentais:

- Mais comuns: Transtorno de Ansiedade, Transt. do desenvolvimento da Coordenação, Depressão, Dist. Alimentar.
- Condições médicas: Epilepsia (33%) , Dist de Sono, Constipação.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: boa habilidade de comunicação social, com baixa de habilidades intelectuais.
- TDAH: ambos tem comprometimento da função executiva, mas DNPM ok e na maioria das vezes boa interação social.
- ESQUIZOFRENIA: normalmente desenvolvimento normal , ou quase normal da infância, além de alucinações e delírios.
- Transtorno de Movimento Estereotipado: alteração é somente motora. Transtornos da Linguagem e da Comunicação social: alterações na área da linguagem.
- Superdotação: menos dificuldades de socialização e não se apega a rotinas.
- Epilepsia: Sínd. Landau-Kleffner.



Rain Man – Baseado na vida de Kim Peek (Síndrome de Savant)

## TRATAMENTO NÃO FARMACOLOGICO:

- Orientação e terapia para os pais.
- Encaminhar sempre para estimulação precoce.
- Fonoaudiologia (trabalhar comunicação verbal e não verbal)
- Psicologia ( trabalhar interação social, padrões repetitivos, limitações: diminui risco de depressão e suicídio)
- Terapia Ocupacional (para coordenação motora).

## **TRATAMENTO:**

### **ANTIPSIKÓTICOS**

- **CLASSICOS:** haloperidol doses baixas 1 a 2 mg. Desuso: Síndrome Neurolépticas Malignas, Distonias e Síndrome Parksoniana secundária
- **ATÍPICOS:** RISPÉRIDONA (ações antagonistas dopamina e serotonina) usada para irritabilidade, ansiedade, agressividade, comportamentos repetitivos e depressão. Efeitos colaterais: aumento do apetite (5,1kg/6 meses) , sialorréia, fadiga, congestão nasal, sonolência, taquicardia, hiperprolactinemia, etc
- Aripiprazol (7 a 8mg/kg/dia) 57% diminui agressividade, irritabilidade diminuiu 52% e com menos ganho de peso; aumentam sind metabólica , hiperinsulinemia, acantose, controlar sangue;
- Podem ser utilizados: Olanzapina (melhora, mas tem predisposição hiperglicemia), Quetiapina e Ziprazidona (pouca eficácia)



## ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS:

- Clomipramina (potente inibidor recaptação de serotonina) para estereotipias, comportamentos compulsivos e ritualísticos). Ef colaterais: taquicardia, prolongamento de QT, crises epiléticas, retenção urinária, constipação e tremores.

ISRS: Fluoxetina (indicação para autismo com TOC) , paroxetina, fluvoxamina, sertralina

Psicoestimulantes: metilfenidato, lisdexanfetamina (baixas doses) bom resultado se associado a hiperatividade.

Anticonvulsivantes: tratar crises epiléticas. Ou carbamazepina, lamotrigina e valproato para estabilizar o humor e relatos de diminuição de agressividade)



# Método TEACCH

Foi desenvolvido na década de sessenta no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina na Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos, representando, na prática, a resposta do governo ao movimento crescente dos pais que reclamavam da falta de atendimento educacional para as crianças com autismo na Carolina do Norte e nos Estados Unidos.



Exemplo de ambiente de aprendizagem estruturado conforme a o método de intervenção do TEACCH.

O TEACCH se baseia na adaptação do ambiente para facilitar a compreensão da criança em relação a seu local de trabalho e ao que se espera dela. Por meio da organização do ambiente e das tarefas de cada aluno, o TEACCH visa o desenvolvimento da independência do aluno de forma que ele precise do professor para o aprendizado de atividades novas, mas possibilitando-lhe ocupar grande parte de seu tempo de forma independente.



...

Baseia -se na organização do ambiente físico através de rotinas organizadas em quadros, painéis ou agendas e sistemas de trabalho, de forma a adaptar o ambiente para tornar mais fácil para a criança compreendê-lo, assim como compreender o que se espera dela”



## ➤ Tecnologia Assistiva

### ***PECS (Picture Exchange Communication System):***

Consiste em uma forma de comunicação por meio da troca de estímulos visuais por objetos ou atividades de interesse. Tem como objetivo ensinar comportamento verbal não vocal a indivíduos com déficit no repertório verbal para que eles possam se comunicar funcionalmente (FROST E BONDY, 1994).



## Objetivo geral

Generalizar o uso das figuras do PECS, aprendidos através da aplicação do método TEACCH, para o contexto familiar.





Segundo a PECS -Brasil, o sistema começa Ensinando à pessoa a trocar a figura de um Item desejado pelo próprio item com um "parceiro de comunicação". A seguir, o sistema ensina a pessoa a discriminação de figuras e como juntá-las formando sentenças



## Objetivos Específicos

- Favorecer o uso da comunicação através das figuras no ambiente familiar;
- Facilitar a independência na comunicação e a orientação de rotinas do ambiente familiar;
- Capacitar os familiares quanto ao uso das figuras;
- Adaptar o ambiente familiar a fim de estruturá-lo;
- Criar agenda de atividades;
- Facilitar a comunicação de alterações nas rotinas.





Na Escola:

Em nível variado, as crianças podem ter dificuldades em:

- segmentar tarefas;
- organizar o tempo de trabalho durante longos períodos de tempo
- até uma meta final;
- compreender a informação / instruções relacionadas a uma tarefa;
- planejar e organizar e, quando necessário, solicitar ajuda ao professor.



Crianças com TEA têm dificuldades em compreender intenções, pensamentos ou comportamentos de outras pessoas e/ou de se colocar no lugar delas.

Prejuízos nas relações interpessoais e na aprendizagem, interferem na compreensão e na interpretação de textos, no entendimento de comportamentos sociais, assim como na interpretação de instruções dadas por professores.



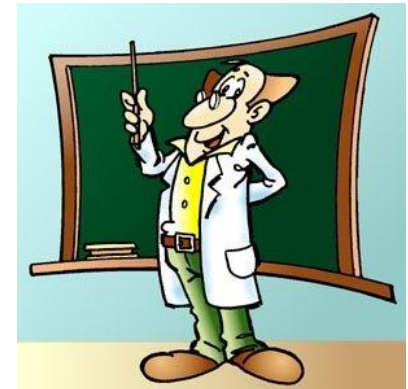
## DIFICULDADE:

- seguir o olhar de outro indivíduo quando ele fala sobre algum objeto que estão olhando;
- usar gestos de maneira social;
- entender emoções em rostos alheios;
- usar variação normal de expressões emocionais no próprio rosto;
- mostrar interesses em outras crianças;
- saber como envolver-se com outras crianças;
- manter-se calma quando se sente frustrada;
- entender que alguém pode ajudá-la;
- entender como os outros se sentem em algumas situações.



# **ORIENTAÇÕES A PROFESSORES PARA MANEJO COMPORTAMENTAL EM SALA DE AULA BASEADAS NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**

- 1) Uso de instruções claras, diretas e simples para cada tarefa orientada**
- 2) Uso de estímulos visuais para o estabelecimento de rotina e instruções**
- 3) Ensino de comportamentos de para segmento de regras**
- 4) Ensino de comportamentos de solicitação**
- 5) Estímulo ao desenvolvimento da autonomia e da independência**
- 6) Controle de estímulos antecedentes e consequentes para facilitar a emissão de comportamentos adequados**
- 7) Uso de avaliação da funcionalidade do comportamento**
- 8) Utilização de reforçamento positivo para modificação de comportamento**





## **Tipo de déficit**

**Humor oscilante e dificuldade de relacionamentos**

**Como isso afeta a interação social?**

Dificuldade em interagir com outros.

**Como isso afeta o funcionamento na sala de aula?**

A criança pode tentar ser engraçada ou chamar atenção na sala de aula.

**O que fazer?**

- 1) Ensine que brincadeiras têm hora e lugar.
- 2) Ensine o aluno a seguir regras.



## **Tipo de déficit**

**Não apresenta contato visual e apresenta prejuízo na atenção**

**Como isso afeta a interação social?**

- 1) Não observa a interação social entre outros.
- 2) Não processa ou entende o significado das mensagens e sinais dos outros
- 3) Apresenta pobre contato visual.

**Como isso afeta o funcionamento na sala de aula?**

- 1) Não processa facilmente o significado de mensagens verbais.
- 2) Não consegue prever planos.
- 4) Apresenta pobre contato visual, o que diminui e prejudica a comunicação.
- 5) Apresenta dificuldades para funcionar em grupos; a criança precisa de instruções mais diretas.

**O que fazer?**

- 1) Fragmenta a instrução ou informação em partes menores para aumentar a atenção.
- 2) Use estratégias visuais para ajudar a criança a obter atenção e entendimento.
- 3) Ensine como usar os olhos e o corpo para ouvir.

## **Tipo de déficit**

### **Dificuldade em entender o “todo” Como isso afeta a interação social?**

Não consegue entender, muitas vezes, o tópico de uma conversa.

### **Como isso afeta o funcionamento na sala de aula?**

- 1) A criança se prende a detalhes e perde o principal conceito / tema.
- 2) Ao escrever ou ler, pode negligenciar aspectos essenciais.

### **O que fazer?**

- 1) Fragmenta as informações em pequenas partes (visuais).
- 2) Fragmenta as informações e conceitos e ajude o aluno a encaixá-los para, assim, ver o todo.
- 3) Ensine como ele pode entender a ideia principal.



## **Tipo de déficit**

### **Dificuldade em abstração e inferência**

#### **Como isso afeta a interação social?**

Não consegue interpretar o significado de algumas palavras.

#### **Como isso afeta o funcionamento na sala de aula?**

- 1) Apresenta limitações para inferir e interpretar o significado de textos, livros ou conversação.
- 2) É literal nas suas interpretações e comunicação.

#### **O que fazer?**

- 1) Tenha consciência de que os alunos poderão apresentar respostas esquisitas quando não conseguirem interpretar.
- 2) Trabalhe o entendimento e a interpretação do aluno com relação aos colegas e com historinhas e estímulos visuais,
- 3) Apresente um quadro com o nome e a representação ilustrativa de emoções para que a criança as associe à expressão da emoção.



## **Tipo de déficit**

### **Pobre compreensão acerca dos outros (teoria da mente) Como isso afeta a interação social?**

Dificuldade em se colocar no lugar do outro ou em entender a perspectiva do outro.

### **Como isso afeta o funcionamento na sala de aula?**

- 1) Dificuldade em entender e compreender textos.
- 2) Dificuldade em se comportar na sala de aula.
- 3) Dificuldade em trabalhar em grupos.

### **O que fazer?**

- 1) Estimule o aluno a entender o conceito de se colocar no lugar do outro e estimule-o a se colocar no lugar dos coleguinhas.
- 2) Entenda que existirão muitas dificuldades de compreensão e de interpretação por conta deste déficit.
- 3) Ajude com estímulos visuais.

## **Tipo de déficit**

### **Pobre iniciação de comunicação ou ação**

#### **Como isso afeta a interação social?**

A criança não inicia interação social apropriada e não começa a trabalhar em uma atividade.

#### **Como isso afeta o funcionamento na sala de aula?**

- 1) Não pede ajuda.
- 2) Enquanto outros alunos fazem e cumprem a instrução, a criança com TEA não faz o que foi pedido.
- 3) Em grupo, a criança provavelmente não participe ou não saiba como se dirigir aos outros.

#### **O que fazer?**

- 1) Ensine uma resposta clara de iniciação.
- 2) Recompense sucessos.
- 3) Ajude o aluno a ter acesso a novas informações e a novos comportamentos.
- 4) Demonstre para a criança que, quando ela diz uma palavra inteira (ou frase, a depender da criança), de forma clara, ela consegue mais rapidamente o que quer do que quando faz gestos ou diz outras palavras não relacionadas ao que quer.
- 5) Combine o interesse da criança com a atividade. Faça cartazes com o nome, desenhos e/ou figura das atividades; deixe a criança escolher qual ela quer realizar ou a atitude na escolha; realizem a atividade juntos. Quando a criança estiver motivada, tente fazê-la dizer a palavra.

## A essência está no professor, que deve:

- Ter conhecimento teórico atualizado sobre os transtornos deste aluno;
- Ter conhecimento prático sobre o aluno;
- Estabelecer um canal de comunicação com o aluno;
- Ter tolerância à frustração, persistência e consistência;
- Orientar as famílias dos alunos e trabalhar em parceria;
- Ter sensibilidade;
- Ser afetuoso;
- Firme;
- Seguro;
- Emocionalmente estável;
- Assertivo;
- Organizado;
- Sereno;
- Entusiasmado.







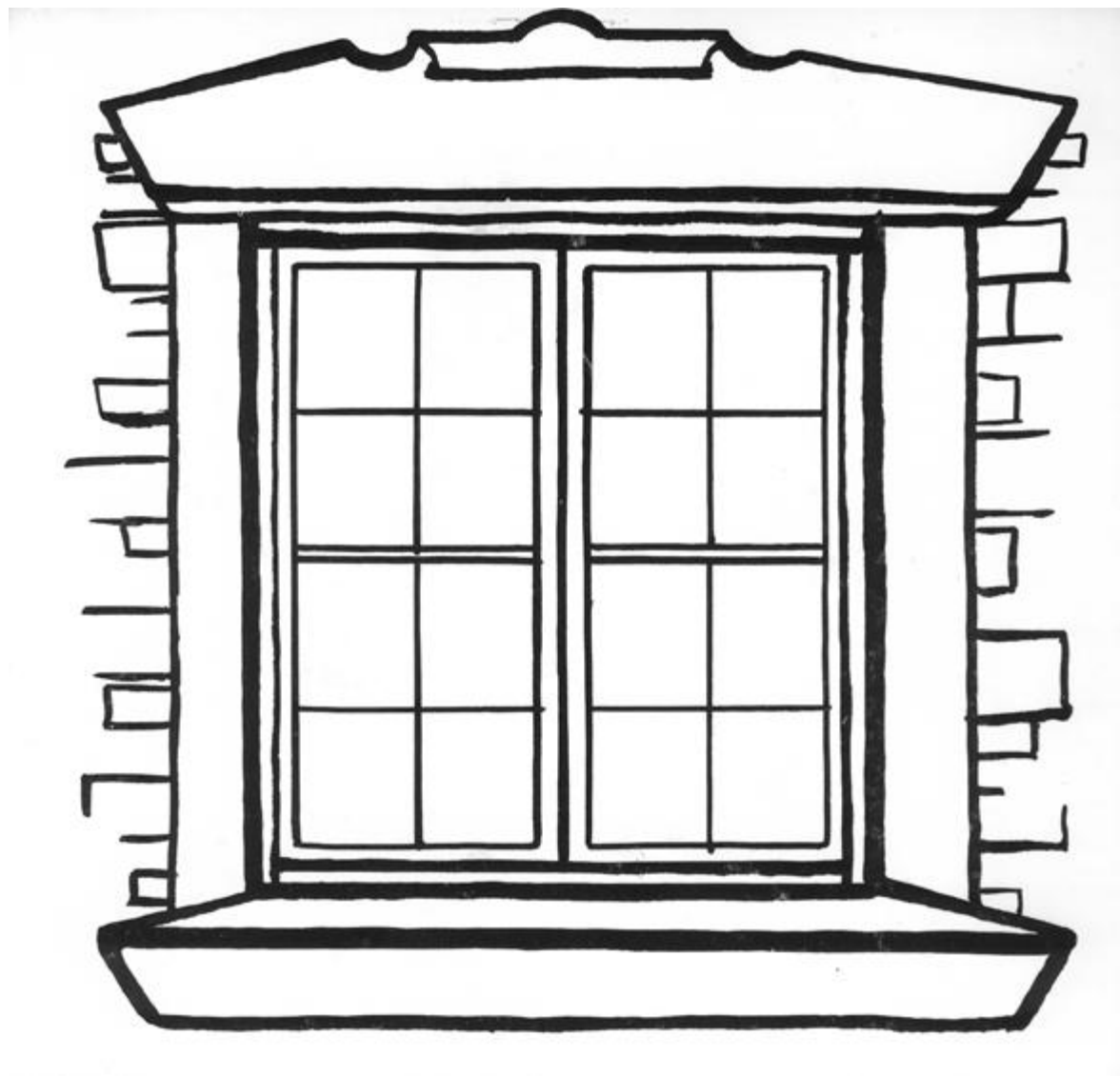


- Dez coisas que toda criança com autismo gostaria que você soubesse:
  1. Eu sou uma criança!
  2. Minhas percepções sensoriais estão desorganizadas
  3. Lembre-se de distinguir “não quero” de “não consigo”
  4. Eu penso concretamente, então interpreto tudo de forma literal

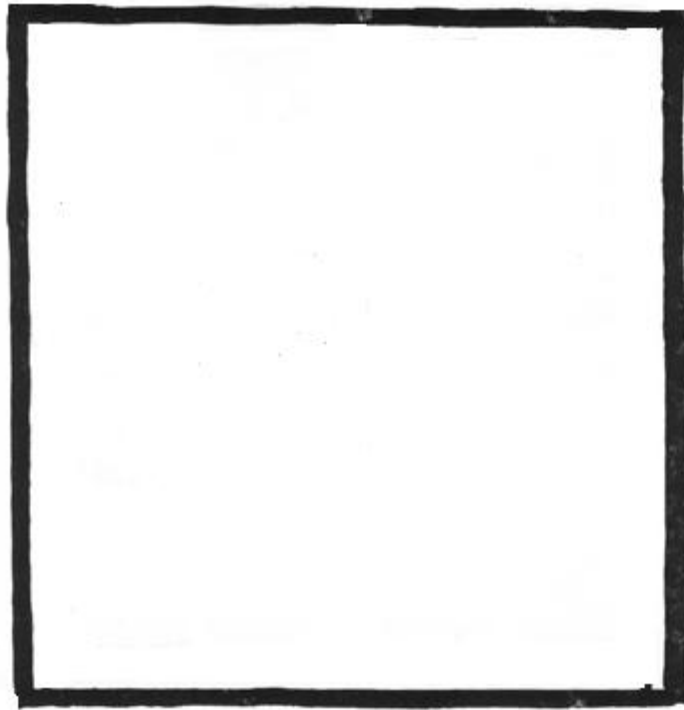
# Educação Inclusiva

5. Seja paciente com meu vocabulário limitado
6. Eu me oriento muito pela visão
7. Priorize e procure construir a partir do que já posso fazer
8. Ajude-me nas interações sociais
9. Tente identificar o que inicia minhas crises
10. Ame-me incondicionalmente

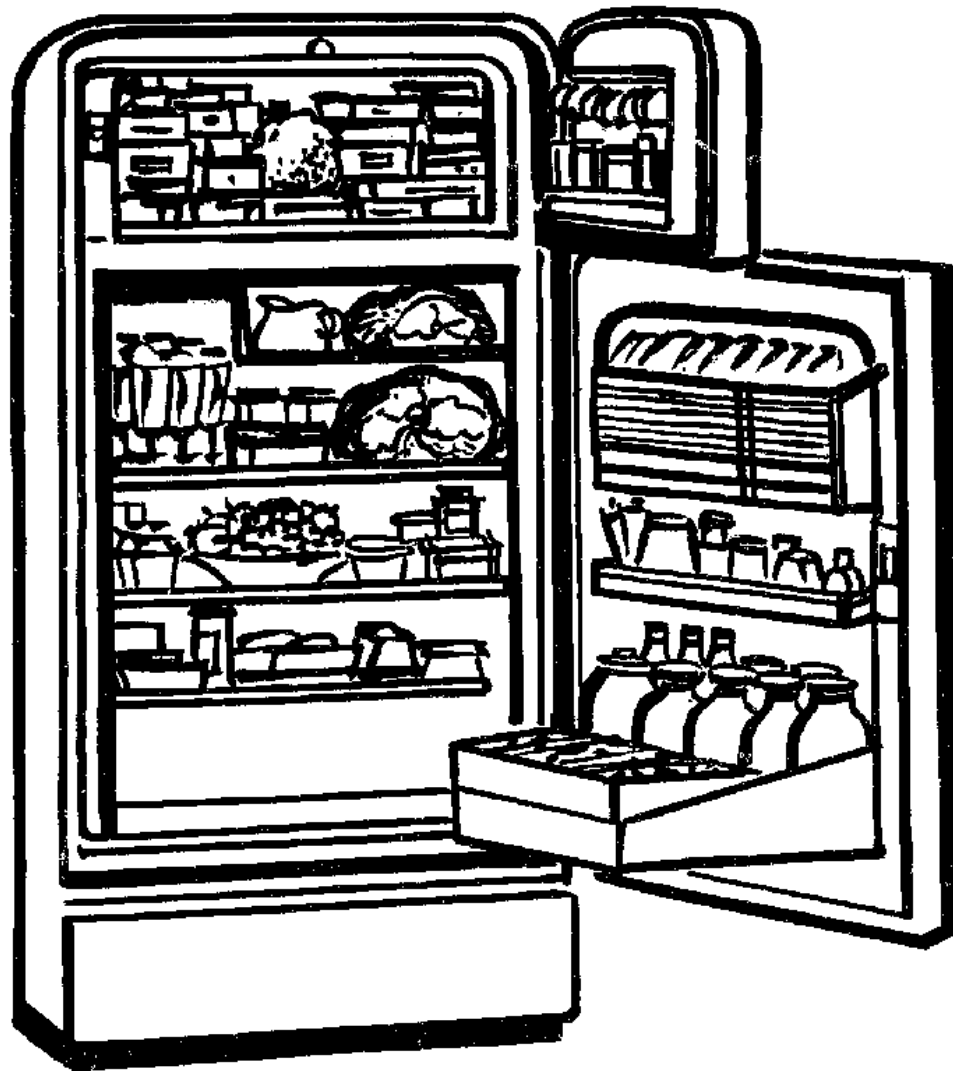
(Ellen Notbohm, 2005; revista Autismo, abril 2012)



autista com 9 anos de idade: o que é isto?



**é um quadrado**



o que é isso?



alface

—



o que é isso?





**um sino**

*“Ser **autista** não significa não ser humano.*

*Significa ser estranho.*

*Significa que o que é normal para outras pessoas não é normal para mim, e o que é normal para mim não é normal para outros.*

*De alguma forma eu estou terrivelmente mal equipado para sobreviver neste mundo, como um extra-terrestre abandonado sem um manual de instruções”. Sinclair*





OBRIGADA!

