

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO
DIRETORIA DE PROJETOS ESPECIAIS
PROJETO “A VEZ DO MESTRE”

Psicomotricidade aplicada através do programa TEACCH
em pessoas com autismo.

CLÁUDIO BISPO DE ALMEIDA

ORIENTADORA: PROF^a MARY SUE

Salvador-BA
Dezembro / 2004

CLÁUDIO BISPO DE ALMEIDA

**Psicomotricidade aplicada através do programa
TEACCH em pessoas com autismo.**

Trabalho Monográfico apresentado como
requisito parcial para a obtenção do Grau
de Especialista em Psicomotricidade.

Salvador
Dezembro / 2004

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por iluminar meus caminhos como tem feito até o presente dia.

Para não cometer injustiças, agradeço de forma generalizada, porém sincera, a todas as pessoas que de alguma forma contribuiu para o surgimento e desenvolvimento deste trabalho.
Para todos: Muito obrigado!

**“Nem só de pão vive o homem,
mas de toda palavra que sai da
boca de Deus”.
(Mateus, 4:4)**

RESUMO

O principal objetivo deste estudo foi o de verificar e analisar como a psicomotricidade pode ser aplicada através do Programa de Tratamento e Educação de Crianças Autistas e Portadoras de Problemas de Comunicação Correlatos (TEACCH). A partir de uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, através da qual percebemos uma escassez de material sobre o assunto abordado. O autismo é uma síndrome caracterizada por déficits nas seguintes áreas: comunicação, sociabilização e dificuldade no uso da imaginação. Por não ter, ainda, uma cura utiliza como uma das formas de tratamento a educação especial, adaptada as suas necessidades, e priorizando suas potencialidades, não desprezando as outras formas de tratamento que são realizadas em conjunto, tais como, o medicamentoso e a orientação familiar, as quais irão atuar diretamente sobre as características que esta síndrome apresenta. Justamente por ser um método educacional de grande eficiência para pessoas com autismo, escolhemos o TEACCH para relacioná-lo com a psicomotricidade, propondo identificar e relacionar as suas contribuições como forma auxiliar no tratamento de pessoas com Autismo. Concluímos que, apesar do pouco referencial teórico encontrado nesta perspectiva de estudo, ao analisarmos verificamos que os aspectos psicomotores podem ser estruturados dentro de tal método, o que hoje não ocorre, e constatamos a necessidade de se realizar novos estudos que envolvam: psicomotricidade e autismo e principalmente, informações em nível nacional a cerca do método TEACCH.

Lista de Abreviaturas:

TEACCH = Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children; Tratamento e Educação de Crianças Autistas e Portadoras de Problemas de Comunicação Correlatos

PEP-R = Perfil Psicoeducacional Revisado

PEC = Picture Exchange Communication System; Sistema de Comunicação por imagem.

Sumário

1. Aspectos Iniciais	07
2. Caracterização do Autismo	08
2.1. Breve Histórico	08
2.2. Critérios diagnósticos	09
3. Aspectos Metodológicos	11
4. Tratamento de Pessoas Com Autismo	12
5. Psicomotricidade	14
5.1. Conceitos	14
5.2. Alguns Aspectos Psicomotores	15
5.2.1. Esquema Corporal	15
5.2.2. Imagem Corporal	15
5.2.3. Coordenação Motora	16
5.2.3.1. Coordenação Motora Ampla	16
5.2.3.2. Coordenação Motora Fina	16
5.2.3.3. Coordenação Visomotora	16
5.2.3.4. Coordenação Facial	16
5.2.3.5. Coordenação Audiomotora	16
5.2.4. Equilíbrio	17
5.2.5. Lateralidade	17
5.2.6. Dominância Lateral	17
5.2.7. Noção Espaço-Temporal	17
5.3. Psicomotricidade e Autismo	18
6. Método TEACCH (<i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children</i>)	20
6.1. Caracterização	20
6.2. Aplicabilidade	21
7. Psicomotricidade aplicada através do programa TEACCH em pessoas com autismo.	24
8. Considerações Finais	26
9. Referencias Bibliográficas	27
10. Bibliografia Recomendada	29
11. Anexos	30

1. Aspectos Iniciais

Como veremos no item 02, o autismo teve seu marco em 1943 devido às “descrições de suas características por Leo Kanner” (LEBOYER, 1995; FACIÓ, 2002), e gradativamente foi sendo diferenciado de outras patologias, o que veio a facilitar o tratamento, uma vez que não possuía, e ainda não possui uma causa definida e nem uma cura.

Como poderemos observar, o tratamento utilizado consiste nas seguintes formas: educacional, medicamentoso e orientação familiar. Deteremos-nos ao tratamento educacional, sem desconsiderar as outras formas de tratamento, justamente por ser o nosso objetivo, e por trazer algumas “modificações no comportamento”, principalmente, de crianças e adolescentes com esta síndrome (CAMARGO JR, 2002; FACIÓ, 2002).

No item seguinte, abordaremos questões referentes à psicomotricidade, que tem “o corpo em movimento” (SBP, 1999) como seu objeto de estudo, na sequência relacionaremos com o autismo, enfatizando os comportamentos motores que atrapalham o desenvolvimento destes indivíduos.

Para melhor compreendermos a educação de pessoas com autismo, detalharemos o método TEACCH (Tratamento e Educação de Crianças Autistas e Portadoras de Problemas de Comunicação Correlatos) suas principais características e aplicações, e em seguida tentaremos relacioná-lo com a psicomotricidade.

E, finalmente, no item 08 reservado as considerações finais, a partir da análise da literatura referente ao assunto, será possível discutir de que forma a psicomotricidade pode ser aplicada através do programa TEACCH em pessoas com autismo, a fim de facilitar o desenvolvimento destes indivíduos.

1. Caracterização do Autismo

Breve Histórico

O autismo teve o seu grande marco no ano de 1943, quando o psiquiatra Leo Kanner, descreveu um grupo de crianças que apresentavam algumas características comuns, tendo como exemplos; uma incapacidade para relações sociais, ausência de movimento antecipatório, a falta de aconchego ao colo, alterações na linguagem e uso das palavras foras de um contexto lógico. Essa obra, original, foi intitulada “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo” (“*Autistic Disturbances of Affective Contact*”).

Neste período, havia uma confusão muito grande com outros transtornos mentais como a esquizofrenia e a psicose, devido a pouca profundidade dos estudos existentes até o momento. Alguns autores da época como Bender em 1947, “usou o termo esquizofrenia infantil” (CAMARGO JR, 1996), considerando o autismo como uma forma precoce da esquizofrenia, e Mahler em 1989, “utilizou o termo psicose simbiótica” (CAMARGO JR, 1996) na qual a relação mãe-filho era a causadora da doença.

A partir dos anos 70 e 80 que o autismo passou a deixar de ser concebido como uma forma de psicose. Nos anos 90, surgem as teorias cognitivas para o autismo, tentando cientificamente “esclarecer se o autismo estaria relacionado apenas a déficits cognitivos ou implicaria também a presença de déficits afetivo-sociais” (FACION, 2002), onde estaria relacionado, principalmente, ao convívio familiar.

Segundo a ASA - *American Society for Autism*, (1977), “o autismo é visto como uma inadequidade no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave por toda vida” (FACION, 2002). Mello (2003) define o autismo como:

“uma síndrome definida por alterações presentes desde idades muito precoces, tipicamente antes dos três anos de idade, e que se caracteriza sempre por desvios qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação”.

Percebemos que as pessoas com autismo têm o seu desenvolvimento comprometido, principalmente em três áreas, a chamada “tríade de dificuldade” (MELLO, 2003), são elas: dificuldade de comunicação; dificuldade em sociabilização, e; dificuldade no uso da imaginação.

A primeira se caracteriza por uma dificuldade em utilizar as formas de comunicação verbal e não-verbal, incluindo gestos, expressões e linguagem.

A dificuldade de sociabilização consiste na dificuldade de se relacionar com outras pessoas, de compartilhar emoções, sentimentos e gosto. Também

causando uma “dificuldade de se colocar no lugar do outro e de compreender os fatos a partir da perspectiva do outro” (MELLO, 2003).

E a terceira forma de dificuldade, o uso da imaginação, “se caracteriza por rigidez e inflexibilidade e se estende às várias áreas do pensamento, linguagem e comportamento da criança” (MELLO, 2003).

As características do autismo, mais comuns são: Usam as pessoas como ferramentas; resiste a mudanças de rotina; não se mistura com outras crianças; não mantém o contato visual; age como se fosse surdo; resiste ao aprendizado; apresenta apego não apropriado a objetos; não demonstra medo de perigos; gira objetos de maneira bizarra e peculiar; apresentam risos e movimentos não apropriados, de forma repetitiva, o que chamamos de estereotípias; resiste ao contato físico; acentuada hiperatividade física; às vezes é agressivo e destrutivo; e apresenta modo e comportamento indiferente e arredo.

Percebemos ainda algumas características propostas por Mesibov e Shea (1996), tais como: Falta do conceito de sentido, “inabilidade de dar sentido as suas experiências”; Foco excessivo em detalhes, com habilidade limitada em priorizar a relevância destes detalhes; Distrabilidade, dificuldade em prestar (ou manter) a atenção; Pensamento Concreto, “maior dificuldade com conceitos lingüísticos simbólicos ou abstratos”; Dificuldade em combinar ou integrar idéias; Dificuldade em organizar e sequenciar; Dificuldade em generalizar; Forte impulsividade; Ansiedade Excessiva; e Anormalidades sensório-perceptuais, alterações nos sistemas de processamento sensorial.

Considerando que nem todos os indivíduos com autismo apresentarão todos os sintomas citados acima, cada pessoa apresentará alguns deles, independente de qual, ou qual se sobressai. Veremos um pouco sobre diagnóstico no item 2.2.

2.2. Critérios diagnósticos

O Autismo não tem relações específicas com determinada classe social ou etnia, estando qualquer família em qualquer lugar do mundo propícia a ter um filho, ou outro parente, com autismo. Podendo ocorrer isoladamente ou em co-morbidade (junto com uma outra síndrome ou doença), ocasionando diferentes graus de complexidade nesta síndrome.

O diagnóstico é dado com base na observação do comportamento da criança, pois “não existe testes laboratoriais específicos para a detecção do autismo” (MELLO, 2003). Geralmente, percebe-se a presença da síndrome por volta dos três anos de idade. Quanto mais cedo for dado o diagnóstico, mais cedo pode ser iniciada a intervenção educacional especializada. Mesmo sabendo que o autismo ainda não possui uma causa definida.

Não se trata, portanto, de se “rotular” a pessoa mas encontrar através do diagnóstico uma forma melhor de conhecê-la e entendê-la para podermos oferecer um atendimento adequado às necessidades que ela precisa. Existem vários instrumentos de diagnóstico do autismo, os mais conhecidos são o CID-010 e o DSM-IV, os quais se encontram nos Anexos I e II, respectivamente.

3. Aspectos Metodológicos

Optamos por uma pesquisa bibliográfica (qualitativa), que segundo Gil (1987) “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Visamos através de uma revisão de literatura, estimular a pesquisa sobre o assunto abordado, em uma nova perspectiva.

Primeiramente, foi feita uma seleção de material (livros, artigos relacionados ao tema proposto), e posteriormente foi realizada a leitura desse material, de onde foram feitos destaques dos pontos considerados relevantes a proposta desta pesquisa.

Enfim, realizamos uma análise crítica dos pontos destacados anteriormente, propondo identificar e relacionar as contribuições da Psicomotricidade como forma auxiliar no tratamento de pessoas com Autismo.

Pretendemos com este enfoque na educação, contribuir com profissionais e pessoas que tenham alguma ligação com o autismo, para que haja um melhor desenvolvimento, principalmente, no aspecto psicomotor.

4. Tratamento de Pessoas Com Autismo

Apesar do autismo ainda não possuir uma cura, muitos de seus sintomas característicos podem ser amenizados a partir de um tratamento adequado. As formas de tratamento mais citadas como eficientes, são: a medicamentosa, a educação e a orientação familiar, principalmente quando são utilizadas em conjunto.

No que se refere a medicação, esta deverá ser prescrita única e exclusivamente por um médico capacitado. “Toda medicação deve ser ponderada levando em conta seus riscos e benefícios” (MELLO, 2002). Alguns medicamentos em nível motor, quando oferecido em baixas doses, podem não causar os resultados esperados, como, por exemplo, não diminuir a hiperatividade, o que irá afetar o aprendizado daquela pessoa.

Por outro lado, medicações em excesso podem causar uma diminuição das respostas motoras e um estado de letargia, o que também dificulta o processo educativo. Campbeel (1982) apud Leboyer (1995) mostra que determinado medicamento neuroléptico segue estes exemplos anteriores (dosagens altas ou baixas), chamando de “baixas doses” o ideal, mas esta nomenclatura na verdade quer traduzir a dosagem ideal para uma pessoa.

O tratamento educacional vem mostrando sua eficiência a cada dia, a exemplo da escola-dia alemã na qual foram conseguidas modificações “de comportamento bastante significativas” (FACION, 2002) tendo nas auto-agressões os seus melhores resultados. Não sendo este um caso isolado, pois no Brasil já temos há alguns anos algumas instituições trabalhando nesta perspectiva.

Esta forma de tratamento (educacional) deve ser bem estruturada, seja qual for o método de ensino utilizado. Deve possuir desde um espaço físico adaptado, até a manutenção de uma equipe especializada. As atividades propostas fogem, em sua maioria, aos conteúdos programáticos escolares (convencionais), pois se busca justamente uma “melhora de comportamento que facilite sua (da pessoa com autismo) integração na família e na sociedade” (CAMARGO JR e COL. 1996). Mesmo com o desenvolvimento do trabalho em grupo, há a necessidade de momentos cuja atenção seja individualizada.

Outra “peça” fundamental no tratamento de pessoas com autismo, é a orientação familiar, uma vez que o trabalho escolar precisa de uma continuidade de estímulos por parte da família e vice-versa. Considerando que uma das funções da psicomotricidade é, de acordo com Farias (2001) “treinar a performance motora na realização de uma série de atos importantes para o seu dia-a-dia”, cabe observar também o relacionamento familiar, com o ambiente e com as pessoas que o compõem.

A observação no ambiente familiar nos dará inúmeras informações para o andamento dos trabalhos e conseqüentemente para o desenvolvimento do aluno, pois ele estará em convívio nos dois ambientes (escola-casa), e estes diferentes

ambientes deveriam andar em harmonia nas informações referentes aos hábitos e comportamentos diversos do aluno.

Mas, devemos lembrar que nem todos os pais sabem como lidar com tal situação, e muitos se deparam em disfunções, pois ninguém deseja um filho com algum tipo de deficiência, e acabam por serem surpreendidos quando isso acontece.

São sentimentos diversos, dentre outros, dos quais podemos citar: culpa, fracasso, frustração em não poder realizar projetos idealizados para seu filho (conversar, escrever, casar) o que acaba por levar a mecanismos de compensação (superproteção, excesso de alimentação, ausência de limites com os filhos, etc) o que prejudica não só a relação familiar, como também, dificulta o processo de aprendizagem da criança, considerando que cada pessoa irá reagir de forma própria diante seus problemas.

Cabe aos Psicólogos, principalmente, o papel de orientar essas famílias seja individualmente, em pequenos ou grandes grupos, o que importa é encontrar o melhor meio de ajudar as pessoas a solucionarem seus problemas, e informá-las a cerca de “aspectos clínicos e psicológicos da pessoa com transtorno mental e seus familiares envolvidos” (FACION, 2002), ou outro assunto que seja de sua competência.

Dentro de instituições de ensino especializadas, geralmente encontra-se uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, a qual oferece outras formas auxiliares de tratamento (psicoterapêutico, fonoaudiológico, equoterapia, musicoterapia dentre outros). Todas as formas de tratamento estão interligadas e devem estar sempre trabalhando em harmonia, para poder potencializar o seu grau de eficiência e contribuir para a obtenção de melhores resultados.

5. Psicomotricidade

5.1. Conceitos

A psicomotricidade possui suas tendências organicista e Psicogenética, as quais não iremos nos aprofundar nesta discussão proposta por Ajuriaguerra (1947) apud Fonseca (1996), considerando a organicista, “o movimento como o resultado final da atividade de três sistemas: piramidal (...), extrapiramidal (...), e cerebeloso (...)”.

A outra tendência, a psicogenética considera “o movimento como elemento determinante dos processos psíquicos”. Fonseca (1996) a define como “Fatores neurofisiológicos, psicológicos e sociais, que intervêm na integração, elaboração e realização do movimento humano”. Já ocorrendo uma “mesclagem” entre as tendências que seriam extremistas, mostrando a interdependência entre os fatores.

Vejamos o seguinte conceito proposto pela Sociedade Brasileira de Psicomotricidade, o qual norteará este trabalho:

“É a ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo, bem como suas possibilidades de perceber, atuar, agir com o outro, com os objetos e consigo mesmo. Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas. (S.B.P.1999)” (www.psicomotricidade.com.br).

O corpo é utilizado como principal instrumento psicomotor, principalmente o “corpo em movimento”, procurando abranger ainda mais fatores. Dentro de uma globalidade que será traduzida pelas expressões sendo o elo da pessoa com o mundo externo. “Corpo e linguagem tornam-se os intermediários existenciais do mundo e do indivíduo, ligação essencial no sentimento da vivência e convivência”. (FONSECA, 1996).

O repertório motor de cada indivíduo não é uma constante, é mutável e traz consigo a intencionalidade humana ao realizá-lo perante determinada situação, ou é influenciado diretamente pela história do indivíduo, construído ao longo de uma vida, de forma que não pode ser previsto como os movimentos das máquinas. O movimento “traduz e projeta no mundo a ação relativa a um sujeito” (FONSECA, 1996).

Sabemos que “o essencial é a intencionalidade, a significação e a expressão do movimento, e desta forma o movimento põe em jogo toda a personalidade do indivíduo” (MERLEAU-PONTY, 1960 APUD FONSECA, 1996).

Assim, podemos dizer que o movimento tem que ter uma finalidade, e não ser apenas um ato mecânico, termos como certo que ele é a visualização de uma ação psíquica, determinada por inúmeros fatores. Caso contrário, se essas capacidades de desenvolvimento psíquico não sejam priorizadas, teremos o “movimento pelo movimento”, sem que nada possa ser acrescentado ao desenvolvimento do indivíduo, não o diferenciando do movimento que uma máquina realiza, ou seja, um ato motor puramente mecânico.

5.2. Aspectos Psicomotores

Como o nosso objetivo maior não é esgotar os assuntos aqui abordados, daremos estes pequenos esclarecimentos a cerca de alguns aspectos psicomotores, são eles: Esquema Corporal; Imagem Corporal; Coordenação Motora; Equilíbrio; Lateralidade; Dominância Lateral; e Noção Espaço-Temporal.

5.2.1. Esquema Corporal

Processo pelo qual se adquire a consciência de seu próprio corpo, e das possibilidades de expressar-se através dele, aprendendo a controlá-lo. Fundamental para a formação da personalidade do indivíduo constitui-se dos outros aspectos citados nos itens seguintes (5.2.2 a 5.2.7) desse trabalho.

5.2.2. Imagem Corporal

Está relacionada à percepção e ao sentimento que o indivíduo tem de seu próprio corpo, baseando-se em experiências anteriores.

5.2.3. Coordenação Motora

Barbanti (1994) define coordenação motora como “o controle temporal, espacial e muscular de movimentos simples ou complexos que surge em resposta a uma tarefa extrema, ou objetivos mediados sensorialmente”. Temos outras variações da coordenação motora nos itens seguintes.

5.2.3.1. Coordenação Motora Ampla

Envolve grandes grupos musculares em movimentos fáceis de serem realizados, inicialmente simétricos e simultâneos. Como por exemplo: arrastar, rolar, andar e saltar. Prevalecendo o sistema extrapiramidal.

5.2.3.2. Coordenação Motora Fina

Responsável por movimentos mais precisos, geralmente para executar tarefas mais complexas, envolvendo pequenos músculos. Prevalece o sistema piramidal.

5.2.3.3. Coordenação Visomotora

Trabalho conjunto da visão com os demais movimentos corporais, como por exemplo, “arremessar uma bola ao cesto de Basquetebol”.

5.2.3.4. Coordenação Facial

Possui um papel de destaque na comunicação não verbal, através da motricidade facial de olhos, sobrancelhas, pestanas, queixo, nariz, testa, cabeça, lábios e boca.

5.2.3.5. Coordenação Audiomotora

Transformação de um comando sonoro em movimentos corporais.

5.2.4. Equilíbrio

Sustentação do corpo através de ações musculares que impedirão o corpo de ceder à lei da gravidade quando colocado em determinada base. Pode ser de dois tipos: estático (movimentos não locomotores); ou dinâmico (movimentos locomotores).

5.2.5. Lateralidade

Referente a prevalência motora de um dos lados do corpo. Propicia o conhecimento do próprio corpo, através principalmente da percepção, contribuindo na formação do esquema corporal.

A lateralidade pode ser: Homogênea, quando o olho, a mão e o pé são canhotos; Cruzada, quando uma parte do corpo predomina e há a utilização de uma outra, tal como, canhoto da mão e do olho, e destro do pé; Ambidestra, os dois lados do corpo se equivalem, ou seja, não há um predomínio lateral.

5.2.6. Dominância Lateral

Dificuldade de perceber a diferença entre a esquerda e a direita, não consegue seguir a direção gráfica, como por exemplo, a leitura começando pela esquerda. Problemas de ordem espacial devido, principalmente, a uma indefinição da lateralidade.

5.2.7. Noção Espaço-Temporal

Maneira como se localizar no espaço e no tempo.

5.3. Psicomotricidade e Autismo

A psicomotricidade aplicada ao autismo, ainda é um tema muito escasso na literatura atual, o que nos deixa uma lacuna muito importante para o tratamento destas pessoas.

“O desenvolvimento de uma criança autista é sempre um desenvolvimento neuropsicomotor em atraso” (CAMARGO JR, 1996), fato que nos faz unânimes em concordar com Belo (2003) que ao selecionar as atividades a serem propostas, leva em “consideração a maturidade motora de cada indivíduo, bem como as áreas específicas da psicomotricidade”. Ao longo desse texto serão abordadas algumas características do autismo já vistas, mas lembramos que nem todas as pessoas apresentam todas estas características simultaneamente (ver item 2.2).

São vários os distúrbios apresentados. O mais visível é o que já conhecemos como estereotipia, as mais comuns são movimentos realizados com os membros superiores de forma repetitiva e desordenados, gestos motores que acabam por perturbar o desenvolvimento da motricidade das pessoas com autismo, exemplos de movimentos estereotipados: balanceio de mãos, braços, tronco ou corpo inteiro; bater a cabeça contra superfícies rígidas; cheirar objetos e alimentos. Outros distúrbios bem visíveis são as agressividades e a hiperatividade.

Belo (2003) observou reduções de agressividade e dos movimentos estereotipados quando são corretamente estimulados em sessões de psicomotricidade dentro de um contexto interdisciplinar. Dentro da exemplificação de movimentos que traduzem a agressividade temos: a automutilação (arrancar cabelos, morder-se, e bater-se).

Alguns distúrbios de percepção são notados por Camargo Jr. (1996), tais como, dificuldades de olhar de forma fixa e com atenção a determinados estímulos visuais. Certa dificuldade em “sintonizar” estímulos sensoriais também aparece com certa frequência, podendo causar reações exageradas ou uma falta de resposta, a estímulos sensoriais.

Belo (2003) aponta melhoras proporcionadas pelo trabalho psicomotor, como por exemplo, desenvolvimento da coordenação motora global, diminuição da agressividade, estereotipias, espontaneidade da comunicação, diminuição dos sintomas de isolamento, aumento da auto-estima, e pontecializa a coordenação motora fina. E, também, propõe um maior aprofundamento de estudos sobre os benefícios da psicomotricidade para pessoas com autismo.

“É possível ‘olhar’ o corpo dessa criança (com autismo) como o elemento básico de contato com a realidade exterior e com o mundo que a rodeia” (CAMARGO JR, 1996). Constata-se que muitas pessoas com autismo utilizam-se da linguagem não-verbal, utilizando-se do seu corpo e do corpo das outras pessoas como meio de comunicação. Assim, através de estímulos adequados as suas necessidades, e da

utilização desta forma de comunicação, ampliar-se-á o conhecimento do seu corpo facilitando uma adaptação ao ambiente em que vive.

6. Método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*)

6.1. Caracterização

Proposto no início da década de 60, o programa TEACCH, que em português significa “Tratamento e Educação de Crianças Autistas e Portadoras de Problemas de Comunicação Correlatos”, surgiu quando foi montado um grupo no departamento da Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, nos Estados Unidos, para estudar tal população. Naquela época possuía uma visão psicanalítica, onde se acreditava que “a criança era autista, devido a problemas causados pelos pais” (CAMARGO JR. E COL, 2002).

Na metade da década de 60, Eric Schopler se junta ao grupo, encontrando uma:

“Intervenção de base psicodinâmica partindo da premissa da origem psicogênica do distúrbio (KANNER 1943) e de que o autismo representaria uma fuga intencional e esquizofrênica da realidade, partia de propostas terapêuticas que tratassem pais e crianças separadamente, sendo as terapias em grupo para crianças, oferecendo a esta liberdade total para que pudessem expressar seus sentimentos e terapia individual (de casal) intensiva para os pais, de forma que estes pudessem modificar sua relação com os filhos” (VATAVUK, 1997)

Entretanto, Schopler realizou diversos estudos e não obteve diferenças significativas entre os pais de crianças com autismo e os demais pais, ele acreditava na base neurológica do autismo. “Schopler e Reichler” (VATAVUK, 1997), conceberam o autismo como um “transtorno de base neurobiológica, de etiologia desconhecida, que provocaria déficits cognitivos e provavelmente seria estabelecido por origens múltiplas”.

Estes estudos propõem uma nova abordagem baseada numa proposta individualizada de ensino, e os pais passando de “causadores do problema” a co-terapeutas e ocupando um papel político na luta pelos direitos de seus filhos. Schopler foi considerado o fundador do TEACCH, e em 1966 junto com seu colega Reichler “puderam testar empiricamente suas idéias, com a apreciação do instituto nacional de saúde mental” (VATAVUK, 1997).

Os testes foram realizados a partir do projeto (cujo nome era *Child Research Project*) que propôs uma intervenção que unisse os conhecimentos dos familiares e dos profissionais, em troca mútua e constante, e junto também pudessem ir à busca dos recursos necessários para “o desenvolvimento e

implementação de programas de tratamento psicoeducacional individualizado para crianças com autismo” (VATAVUK, 1997).

Com o avanço das pesquisas, dos trabalhos desenvolvidos e do crescimento das mobilizações políticas, em 1972 a assembléia da Carolina do Norte aprovou a legislação que criava a divisão TEACCH dentro do departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, ampliando os serviços oferecidos à sociedade. Tal programa “tem recebido reconhecimento nacional e internacional e é visto por um grande número de pessoas como um modelo de serviços, treinamento e pesquisa de excelência” (CAMARGO JR. E COL, 2002).

6.2. Aplicabilidade

Com o avanço das pesquisas aliado à experiência clínica, passou-se a questionar as formulações iniciais de atendimento, passando-se a indicar o tratamento educacional preferencialmente. Daí a importância do programa TEACCH que tem como objetivo “apoiar portador de autismo em seu desenvolvimento, para ajudá-lo a conseguir chegar à idade adulta com máximo de autonomia possível” (CAMARGO JR. E COL, 2002).

Como a dificuldade de comunicação e interação social impedem as pessoas com autismo de compreender o mundo, tal programa oferece, individualmente e respeitando as potencialidades dessas pessoas, uma ajuda na aquisição de habilidades de comunicação através de diversos campos, fazendo com que elas compreendam o mundo, e também sejam compreendidas.

Baseia-se para tal facilitação, 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 torná-lo mais fácil à criança compreendê-lo, assim como compreender o que se espera dela” (Mello, 2001)

Muitas vezes a pessoa com autismo cria uma rotina, que pode ser modificada e utilizada como uma estratégia de ensino pelo professor, que poderá fazer com que o aluno venha a “entender e prever a ordem dos eventos a sua volta, o que diminui a agitação e ajuda no desenvolvimento da habilidade” (MESIBOV E SHEA, 1996) impedindo que o aluno permaneça na sua rotina habitual.

E é através do campo da Educação que se busca o desenvolvimento da comunicação e da independência dentro deste método. Sendo a avaliação uma ferramenta para selecionar as estratégias de ensino de acordo com o grau de desenvolvimento do indivíduo, e muitas vezes compostas inconscientemente por conteúdos psicomotores.

A educação neste sentido atinge os âmbitos: familiar, escolar, e comunitário. Oferecendo adaptações, esclarecimentos, apoio técnico e consultorias de forma que ocorra uma parceria positiva ao desenvolvimento das pessoas com autismo. Para isso devemos “Estruturar fisicamente o ambiente de aprendizado da criança, de acordo com seu nível de compreensão (...)” (CAMARGO JR. E COL, 2002).

A pessoa com autismo apresenta vários déficits que dificultam o aprendizado, tais como: Dificuldade na linguagem receptiva ou compreensão (não compreendendo a linguagem da forma como pensa o professor); Dificuldade na comunicação expressiva (comunicação através de birras ou agressões para indicar calor, fome dores, etc não conseguindo realiza-la de outra forma); Dificuldade de memorial seqüencial (não reter na memória uma seqüência de eventos); Hipersensibilidade sensorial (ocasionando perda de controle ou distração) e; Falta de interação social.

O autismo possui outros diferentes tipos de déficits (ver item 2.1), mas os citados no parágrafo acima, estão mais relacionados com o aprendizado, e é com o ensino estruturado que damos “apoio para que o aluno autista consiga superar os déficits relacionados ao autismo e ser bem sucedido em sua experiência de aprendizado”. (CAMARGO JR. E COL, 2002).

Utiliza-se como instrumento de avaliação o chamado PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado), o qual conforme Mello (2001) serve para “avaliar a criança, levando em conta seus pontos fortes e suas maiores dificuldades, tornando possível um programa individualizado”. Dando, assim, uma noção do nível de desenvolvimento em que aquela pessoa se encontra.

Mais do que individualizar o ensino, é preciso ensinar ao aluno que o seu ambiente tem sentido, ou o faz de alguma forma, que é diferente da que encontramos em nossa cultura. Também devemos ter como objetivo ensinar o conceito de causa e efeito seja no uso de materiais ou qualquer outra situação, sendo um dos pré-requisitos para a comunicação.

Lembramos que, apesar do enfoque na educação, o TEACCH abrange propostas de atendimento em quatro diferentes pontos de acordo com Schopler e Bourgadien (1991) (Bashford, 1984 apud Vataavuk, 1997):

- “ (1) oferecer ajuda e serviços para as crianças e suas famílias;
- (2) desenvolver pesquisa em um contexto de ajuda e trabalho clínico (retorno à população estudada);
- (3) capacitar profissionais no contexto do serviço e;
- (4) esclarecer e educar o público”.

Existem algumas diferenças marcantes entre o ensino convencional e o praticado dentro do método TEACCH. Desde a forma de se dirigir ao aluno, até o estilo de ensino. Um exemplo é a forma das aulas, onde convencionalmente são dadas explicações verbais e a maioria dos alunos sem autismo ou outro comprometimento se adequam ao estilo do professor, o que é ineficaz para alunos com autismo. Experiência que ao ser realizada em pessoas com autismo, pode se

tornar “frustrante e improdutiva tanto para o professor quanto para o aluno” (MESIBOV E SHEA, 1996). Além de que o ambiente de trabalho deve conter o mínimo de estímulos visuais, preferencialmente nenhum outro estímulo diferente daquele que irá ser trabalhado naquele momento.

Neste contexto, uma técnica muito utilizada neste programa é a apresentação visual da informação, justamente para evitar situações como a citada no parágrafo anterior, uma vez que para pessoas com autismo a dependência visual é mais explicativa do que explicações verbais.

O mais conhecido é o sistema de comunicação (visual) através de figuras, chamado PECs (*Picture Exchange Communication System*) é o que faz o TEACCH ficar conhecido como “método dos cartões” ou como “método com tecnologia basicamente Skinneriana” (VATAVUK, 1997), utilizado em pessoas que possuem grandes dificuldades de comunicação, o que mostra a visão reducionista, ao desconhecer o programa, e privilegiar os materiais utilizados, e não a sua essência educacional.

7. Psicomotricidade aplicada através do programa TEACCH em pessoas com autismo.

As relações entre o movimento e as relações afetivo-sociais produzem o desenvolvimento psíquico. Tal movimento é oriundo de uma ação e não algo mecânico, o que permitirá um contato de exploração do ambiente, contribuindo para a formação do intelecto.

O corpo, que geralmente de início possui movimentos limitados e incoordenados, posteriormente se desenvolve em movimentos amplos e com melhores níveis de coordenação, se impregnará de sentimentos e emoções, percebemos, então, que o indivíduo não pode ser separado em corpo e mente, mas será formado por um único corpo fonte de suas expressões.

O corpo é quem permitirá a realização dos movimentos, resultantes de processos neurais, musculares, tônicos, psíquicos e emocionais. E servirá como um meio comunicacional com uma linguagem própria. “O corpo é o intermediário obrigatório entre a criança e o mundo” (SANTOS, 2001), as vivências de estímulos sensoriais irão fazer com que haja uma discriminação das partes do corpo e seu controle. Implicando, principalmente, no desenvolvimento dos aspectos psicomotores abordados no item 5.2.

A psicomotricidade terá a função de vê se a pessoa possui um problema corporal, ou na área da inteligência ou na afetividade, considerando o indivíduo como um todo, respeitando a faixa etária em que ele se encontra. O que no método TEACCH também é feito através das avaliações iniciais, que são de acordo com o método, considera não somente a idade, mas também o nível de desenvolvimento em que ela se encontra.

O TEACCH tem seu trabalho pautado na facilitação comunicacional, o que pode ser muito útil em um trabalho psicomotor, principalmente se considerar o “corpo em movimento” como a principal forma de comunicação não-verbal, comum em grande parte das pessoas com autismo. E por ter uma visão neurológica do indivíduo, a psicomotricidade poderá identificar dentro de tal método algumas disfunções nestas pessoas.

Nos princípios educacionais do programa TEACCH, encontramos já inseridos em sua estrutura os componentes psicomotores (ver item 5.2). Em “relação às áreas de competência e interesses” temos que “todos os alunos têm suas áreas de competência (pontos fortes) e interesses que podem se tornar mais funcionais para eles” (MESIBOV e SHUE, 1996). Podemos desta forma utilizar alguma habilidade específica que a pessoa possui, tornando-a funcional dentro do processo de ensino.

A “avaliação cuidadosa e constante” nos diz que todos os alunos têm potencial para progredir, independentemente do seu grau de desenvolvimento.

Primeiro observa-se a maneira do aluno “responder e abordar uma variedade de materiais, instruções e atividades, apresentadas de diferentes formas com diferentes quantidades de estrutura organizacional” (MESIBOV e SHUE, 1996).

Devemos, dentro da proposta do método (TEACCH), oferecer uma assistência para que o aluno compreenda o sentido de suas experiências, que por sua vez poderá ser a causa de algum comportamento resistente à outra atividade justamente por não conseguir ter compreendido o que se espera que ele realize. Outro fator que vem influenciando no comportamento é a colaboração dos pais, “é importante à inclusão no programa educacional dos desejos e estilos de vida da família do aluno” (MESIBOV e SHUE, 1996).

Utiliza-se de inúmeras técnicas, mas a transmissão de informações a partir de estímulos visuais é considerada a mais importante. Vimos (item 6.2) que as informações não-verbais são melhores compreendidas em pessoas com autismo, o que nos sugere um aproveitamento das habilidades que envolvam a coordenação viso-motora.

A noção espaço-temporal pode ser vista nas técnicas de trabalho do TEACCH partindo-se “da esquerda para direita e de cima para baixo” (MESIBOV e SHUE, 1996) obedecendo às direções utilizadas tradicionalmente em nossa cultura. Outras formas de trabalho são: conceito de “acabou” indicando o termino de alguma atividade; e a criação de rotinas pelo professor para aperfeiçoar tal característica, caso contrário o aluno irá desenvolver a sua própria rotina.

Tal método utiliza um conceito chave que é a individualização, pois sabemos que apesar das características comuns ao autismo, temos diferentes pessoas. O que nos propõe a conhecer os nossos alunos e a estarmos preparados para ensiná-los em suas “diferentes áreas de habilidade” (MESIBOV E SHUE, 1996).

Cada passo do programa TEACCH cria uma possibilidade de atuação psicomotora, pois, cada aspecto psicomotor (item 5.2) pode ser percebido em várias abordagens do método, faltando apenas uma adaptação específica ao seu ensino. A psicomotricidade se manifesta em todos os movimentos do ser humano, e possui critérios avaliativos próprios, os quais poderiam ser devidamente adequados a tal programa.

Dentro do que vimos a cerca do TEACCH, percebemos uma estreita relação com a psicomotricidade. Não bastando apenas listarmos ou identificarmos características psicomotoras, precisamos encontrar formas de estruturá-las e desenvolvê-las de forma positiva para contribuir no desenvolvimento das pessoas com autismo.

8. Considerações Finais

Sabemos que o autismo ainda é uma incógnita para a ciência e para a Medicina, mais precisamente para a Psiquiatria. Sua causa, e muito menos sua cura ainda não tem previsões de serem descobertos (FACION, 2002; MELLO, 2003; CAMARGO JR, 1996; LEBOYER, 1995), o que não impede de realizar tratamento que como vimos no item 04, pode amenizar diversos sintomas do autismo.

Uma das estratégias que pode ser utilizada na forma de tratamento educacional é a psicomotricidade, que neste estudo a relacionamos com o método TEACCH enquanto que na verdade ela já vem sendo usada inconscientemente, faltando apenas uma adaptação e um maior destaque por parte das pessoas que utilizam o método, de forma que venha a estruturá-la no intuito de ter uma continuidade e uma melhor progressão. Ao observamos o item 07 do presente trabalho, constatamos a variedade de funções psicomotoras existentes em tal programa.

A falta de estudos que relacione a psicomotricidade, o método TEACCH e o Autismo, parece não influenciar na importância psicomotora para o método, que por sua vez é fortemente psicomotor, a qual em nenhum momento é negada por nenhum autor e fica evidenciada nas atividades de tal programa quando abordamos o item 5.2.

Diante do exposto, propomos a sistematização do trabalho de psicomotricidade aos princípios e técnicas do método TEACCH, o que poderá contribuir para uma melhor organização afetiva, motora, social, e intelectual em indivíduos com autismo, se adaptando às diferentes situações e ambientes, tendo assim um melhor desenvolvimento psicomotor.

A grande importância do método em estudo está na “comunicação”, que se dá com mais eficiência através da percepção e decodificação de estímulos visuais, que segundo Mesibov e Shea (1996) “a dependência na apresentação visual da informação” é a técnica educacional mais importante. Contribuindo assim, para um melhor andamento dos trabalhos desenvolvidos com pessoas com autismo, incluindo o trabalho psicomotor, facilitando o seu entendimento.

Sugerimos novas pesquisas relacionando, principalmente o autismo e a psicomotricidade, cuja literatura ainda é bastante escassa, e pesquisas sobre o método TEACCH em nível nacional, para que sejam levadas em consideração as nossas características próprias, trazendo mais confiabilidade aos educandos e aos nossos estudos científicos.

9. Referências Bibliográficas

- BARBANTI, Valdir J. **Dicionário de Educação Física e do Esporte**. São Paulo, Ed. Manole, 1994.
- BELO, Andréia da S. **A Importância da Psicomotricidade em Portadores de Autismo**. Rio de Janeiro, fevereiro/2003. 32 f. Monografia (Especialização em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes. Orientadora: Prof^a Fabiane Muniz.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo, Ed. Atlas, 1987.
- CAMARGO JR, Walter. (Coord.) **Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio**. Brasília, Ministério da Justiça. AMES, ABRA, 2002.
- FACÍON, José Raimundo. **Transtornos invasivos do desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: reflexões sobre um modelo integrativo**. Brasília, Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2002.
- FARIAS, Anderson da S. **Psicomotricidade no Auxílio a Socialização da Criança Especial e de sua Família**. Rio de Janeiro, julho/2001. 26 f. Monografia (Especialização em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes. Orientador: Prof. Marco Antônio Chaves.
- FONSECA, Vítor da. **Psicomotricidade**. 4ª edição. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- LEBOYER, Marion. **Autismo Infantil: fatos e modelos**, 2º edição, Campinas-SP, Papirus, 1995.
- MELLO, Ana Maria S.R. de. **Autismo: Guia Prático**. CORDE – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2º ed. 2003.
- MESIBOV, Gary B. e SHEA, Victoria. **A Cultura do Autismo: Do entendimento Teórico a Prática Educacional**. Divisão TEACCH, Departamento de Psiquiatria da Universidade da Carolina do Norte – Chapell Hill, 1996 (Tradução: Marialice de Castro Vatauvuk).

- SANTOS, Eliana G. dos. **Psicomotricidade e a Função da Educação Psicomotora no Desenvolvimento da Criança**. Rio de Janeiro, setembro/2001. 28 f. Monografia (Especialização em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes. Orientadora: Prof^a Maria Éster de Araújo Oliveira.
- SOBRINHO, Francisco de Paula N, NAUJORKS, Maria Inês. (org.) **Pesquisa em Educação Especial: o desafio da qualificação**, Bauru-SP, EDUSC, 2001.
- VATAVUK, Marialice de C. **Método TEACCH (119-142) in: Transtornos Invasivos do desenvolvimento Infantil**. Editado por Francisco B Assunção Jr., São Paulo, Lemos editorial, 1997.

10. Bibliografia Recomendada

- SANTOS, Cibele R. dos. **O Autista e sua Inclusão no Lazer**. Rio de Janeiro/2003. 32 f. Monografia (Especialização em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes. Orientador: Prof. Nilson Guedes Freitas.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**, 21ª edição. São Paulo, Ed. Cortez, 2000.
- SCHWARTZMAN, José Salomão. **Autismo Infantil**, Brasília, CORDE, 1994.
- WHO**. Classificação de Transtornos Mentais e comportamentos do CID-010: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.
- SBP**. Sociedade Brasileira de Psicomotricidade. Apresenta informações profissionais sobre psicomotricidade, incluso o conceito citado datado de 1999. Disponível em <[http:// www.psicomotricidade.com.br](http://www.psicomotricidade.com.br)>. Acesso em jul. 2004.
- LEBOVICI, Serge. MAZET, Philippe. (org.). **Autismo e Psicoses da Criança**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.

11. ANEXOS

Anexo I

Classificação Internacional de Doenças (CID-10) publicada pela Organização Mundial de Saúde
(WHO - World Health Organization)

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DO AUTISMO (CID-10) (WHO 1992)

Pelo menos 8 dos 16 itens especificados devem ser satisfeitos.

a. Lesão marcante na interação social recíproca, manifestada por pelo menos três dos próximos cinco itens:

1. dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social.
2. dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo.
3. raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade.
4. ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas.
5. falta de reciprocidade social e emocional.

b. Marcante lesão na comunicação:

1. ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes.
2. diminuição de ações imaginativas e de imitação social.
3. pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos.
4. pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais.
5. ausência de resposta emocional a ações verbais e não-verbais de outras pessoas.
6. pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa.
7. ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.

c. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos próximos seis itens:

1. obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse.
2. apego específico a objetos incomuns.
3. fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos.
4. hábitos motores estereotipados e repetitivos.
5. obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação.
6. ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente.

d. Anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos para que o diagnóstico seja feito.

Anexo II

DSM-IV

Os mais atuais critérios de diagnóstico da DSM-IV até o momento, que ilustram as características do indivíduo autista, são:

Importante: As informações a seguir servem apenas como referência. Um diagnóstico exato é o primeiro passo importante em qualquer situação; tal diagnóstico pode ser feito apenas por um profissional qualificado que esteja a par da história do indivíduo.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO AUTISMO

A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2), e (3), com pelo menos dois de (1), e um de cada de (2) e (3).

1. Marcante lesão na interação social, manifestada por pelo menos dois dos seguintes itens:

- a. destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como contato ocular, expressão facial, postura corporal e gestos para lidar com a interação social.
- b. dificuldade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento.
- c. falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: dificuldades em mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse.
- d. ausência de reciprocidade social ou emocional.

2. Marcante lesão na comunicação, manifestada por pelo menos um dos seguintes itens:

- a. atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de tentativas de compensação através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas.
- b. em indivíduos com fala normal, destacada diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas.
- c. ausência de ações variadas, espontâneas e imaginárias ou ações de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento.

3. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes itens:

- a. obsessão por um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse que seja anormal tanto em intensidade quanto em foco.
- b. fidelidade aparentemente inflexível a rotinas ou rituais não funcionais específico
- c. hábitos motores estereotipados e repetitivos, por exemplo: agitação ou torção das mãos ou dedos, ou movimentos corporais complexos.
- d. obsessão por partes de objetos.

B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade:

1. interação social.
2. linguagem usada na comunicação social.
3. ação simbólica ou imaginária.

C. O transtorno não é melhor classificado como transtorno de Rett ou doença degenerativa infantil.