

A aplicabilidade da terapia ocupacional no tratamento do autismo infantil¹

Thelma Simões Matsukura

Professora do curso de Terapia Ocupacional da UFSCar

Mestre em Saúde Mental - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

Resumo:

O presente trabalho discute algumas das possíveis contribuições da terapia ocupacional no tratamento do autismo infantil. Aborda aspectos relacionados ao referencial teórico do autismo infantil e da terapia ocupacional que se utiliza de uma orientação psicodinâmica, para, então, através do relato de um estudo de caso, tecer considerações acerca dos diferentes aspectos envolvidos neste processo de tratamento.

Para o estudo de caso são considerados dados de filmagem de vídeo tape de 9 sessões de atendimento clínico em terapia ocupacional, realizadas ao longo de um ano e meio, de uma criança autista previamente diagnosticada. Através da metodologia de observação direta foram caracterizadas aproximadamente 70 categorias de comportamentos, que foram posteriormente agrupadas tendo como base o contato da criança com objetos, consigo própria e com o outro (terapeuta). Este procedimento resultou em 14 grupos de categorias referentes aos aspectos não verbais e 8 categorias referentes aos aspectos verbais. Deste total, uma parcela representativa é apresentada, evidenciando que, de um modo geral, ocorre uma diminuição de comportamentos primários que dão lugar a um aumento de comportamentos mais elaborados apresentados pela criança ao longo do tratamento proposto. Procura destacar, então, a importância do instrumento terapêutico específico da terapia ocupacional - a atividade - e da relação terapêutica como fundamentais no processo de intervenção realizado com a criança autista.

Palavras-chave: autismo infantil, terapia ocupacional, estudo de caso

¹ Parte da dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da FMRP-USP em nov/95.

INTRODUÇÃO

Em 1943, Léo Kanner descreveu um grupo de 11 crianças sofrendo uma nova síndrome, que foi designada de autismo infantil. As características da síndrome foram por ele descritas como uma inabilidade de contato com outra pessoa, ou "solidão autística extrema", atraso na aquisição da fala e linguagem anormal e um desejo obsessivo para a manutenção da monotonia. Observou, também, que o desvio social é uma das características cardiais da condição do autismo, e definições subseqüentes continuam enfatizando tais considerações (Volkmar et al, 1993; Zeanah, Davis, Silverman, 1988).

Várias formas de intervenção têm sido utilizadas no tratamento do autismo infantil, e a busca de possibilidades que auxiliem as crianças autistas a participarem de forma mais consistente em seu meio parecem ser o objetivo principal de tais intervenções, com diferentes orientações teóricas e utilizando-se de diferentes técnicas (Charlop et al, 1990; Gianotti e Astis, 1983; Wolff, 1991). As várias áreas de desenvolvimento que se encontram afetadas no autismo infantil, bem como os diferentes graus das alterações, têm levado diferentes pesquisadores e profissionais a buscarem opções cada vez mais adequadas e contributivas para o tratamento destas crianças.

A terapia ocupacional está presente como uma forma de intervenção que vem sendo utilizada no tratamento do autismo infantil (Bloomer e Rose, 1989; Sholle-Martin e Alessi, 1990). Encontram-se alguns relatos destas experiências em publicações internacionais que discutem a utilização de algumas orientações teóricas.

No Brasil, as práticas desenvolvidas pelos

profissionais terapeutas ocupacionais ainda são pouco divulgadas e relatadas nesta área de intervenção.

O objetivo do presente trabalho é o de discutir algumas das possíveis contribuições da terapia ocupacional no tratamento do autismo infantil. Para tanto, abordamos aspectos relacionados ao referencial teórico do autismo infantil e da terapia ocupacional para, então, através do relato de um estudo de caso, tecermos considerações acerca dos diferentes aspectos envolvidos neste processo de tratamento.

O AUTISMO INFANTIL

O termo "autismo" tem sua origem em 1906, quando Bleuler o utiliza pela primeira vez para indicar uma característica dos pacientes psicóticos (Lazo, 1988). Após a descrição original de Kanner, em 1943, referindo-se a uma síndrome detectada em um grupo de crianças a qual designou "autismo infantil", os critérios diagnósticos utilizados para a caracterização da síndrome vêm se desenvolvendo de forma progressiva.

Encontramos no CID-9 o autismo infantil ou síndrome de Kanner descrito como integrante das Psicoses da Infância, categoria que deve ser usada somente com as psicoses que começam sempre antes da puberdade. No caso do autismo infantil, este código aponta o seu início desde o nascimento, com seu aparecimento, invariavelmente, nos 30 primeiros meses de vida.

No DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da Associação Americana de Psiquiatria, o termo psicose não foi usado e sim "distúrbios globais do desenvolvimento", considerando-se que este termo descreve mais adequadamente a essência clínica da perturbação, na qual muitas áreas básicas do desenvolvimento psicológico são afetados ao mesmo

tempo e em níveis graves. Esta classificação reconhece somente um sub-grupo da categoria geral 'Distúrbios Globais do Desenvolvimento' ou seja do 'Distúrbio Autista'. Temos os critérios diagnósticos colocados em termos de comportamentos apresentados pela criança através de itens, a saber:

a) Incapacidade qualitativa na interação social recíproca;

b) Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa;

c) Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos.

Já no CID-10, o termo "Transtorno" é utilizado. Portanto, Transtornos da Infância, tais como autismo infantil e psicose desintegrativa, classificados no CID-9 como psicoses, estão nesta classificação contidos em "Transtornos Invasivos do Desenvolvimento".

A despeito de algumas controvérsias relativas à diferenciação dos distúrbios apresentados pela criança serem ou não apenas o início de distúrbios já caracterizados em adultos e, também, relativas às diferentes hipóteses etiológicas ainda não comprovadas, notamos que, em termos de classificação e diagnóstico, o Autismo Infantil vem se firmando como uma síndrome específica e diferenciada relacionada ao desenvolvimento infantil propriamente dito.

No que diz respeito à sintomatologia, as diferentes alterações presentes na comunicação verbal e não-verbal das crianças autistas apresentam características importantes. A maioria dos autores corrobora a constatação de que um déficit bruto no desenvolvimento da linguagem e nas habilidades de comunicação é uma característica essencial da síndrome do autismo (Calderón-González et al, 1988; Mundy et al, 1987).

Além disso, estudos têm levantado a possibilidade de que diferenças individuais nas habilidades de comunicação de crianças autistas são mediadas não somente por fatores cognitivos mas também por fatores análogos aos que Kanner descreveu como distúrbios de contato afetivo com outros (Mundy et al, 1987; Mundy, Sigman, Kasari, 1990).

Calderón-Gonzalez et al.(1988), após um estudo com 27 crianças autistas com relação às características de linguagem receptiva e expressiva (tanto verbal como não-verbal), observaram, em 100% das crianças, um déficit com intensidade e características variáveis. Deste total, 22.2% das crianças comportaram-se como se fossem surdos e 62.9% responderam a estímulos verbais só depois de alguma insistência. A linguagem expressiva não-verbal apresentou déficit em 100% das crianças. Observaram linguagem verbal comunicativa e ecolalia em 59%.

Teoricamente, encontramos o preceito de que o desenvolvimento das habilidades de comunicação é ligado à emergência de habilidades cognitivas-sociais, tais como as habilidades de discriminar o eu dos outros e a habilidade de perceber os outros como agentes de ação e contemplação (Mundy et al, 1986).

Lebovici & Mazet (1991), comentando conclusões de pesquisas realizadas, relatam que os jogos de autistas são repetitivos, estereotipados e desprovidos de qualquer capacidade de abstração ou simbolização. Relatam também que as crianças autistas são incapazes de brincar de fazer de conta e concluem 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 autista (...)" p.99. Prosseguem considerando que tal modelo cognitivo anormal seria

tempo e em níveis graves. Esta classificação reconhece somente um sub-grupo da categoria geral 'Distúrbios Globais do Desenvolvimento' ou seja do 'Distúrbio Autista'. Temos os critérios diagnósticos colocados em termos de comportamentos apresentados pela criança através de itens, a saber:

a) Incapacidade qualitativa na interação social recíproca;

b) Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa;

c) Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos.

Já no CID-10, o termo "Transtorno" é utilizado. Portanto, Transtornos da Infância, tais como autismo infantil e psicose desintegrativa, classificados no CID-9 como psicoses, estão nesta classificação contidos em "Transtornos Invasivos do Desenvolvimento".

A despeito de algumas controvérsias relativas à diferenciação dos distúrbios apresentados pela criança serem ou não apenas o início de distúrbios já caracterizados em adultos e, também, relativas às diferentes hipóteses etiológicas ainda não comprovadas, notamos que, em termos de classificação e diagnóstico, o Autismo Infantil vem se firmando como uma síndrome específica e diferenciada relacionada ao desenvolvimento infantil propriamente dito.

No que diz respeito à sintomatologia, as diferentes alterações presentes na comunicação verbal e não-verbal das crianças autistas apresentam características importantes. A maioria dos autores corrobora a constatação de que um déficit bruto no desenvolvimento da linguagem e nas habilidades de comunicação é uma característica essencial da síndrome do autismo (Calderón-González et al, 1988; Mundy et al, 1987).

Além disso, estudos têm levantado a possibilidade de que diferenças individuais nas habilidades de comunicação de crianças autistas são mediadas não somente por fatores cognitivos mas também por fatores análogos aos que Kanner descreveu como distúrbios de contato afetivo com outros (Mundy et al, 1987; Mundy, Sigman, Kasari, 1990).

Calderón-Gonzalez et al.(1988), após um estudo com 27 crianças autistas com relação às características de linguagem receptiva e expressiva (tanto verbal como não-verbal), observaram, em 100% das crianças, um déficit com intensidade e características variáveis. Deste total, 22.2% das crianças comportaram-se como se fossem surdos e 62.9% responderam a estímulos verbais só depois de alguma insistência. A linguagem expressiva não-verbal apresentou déficit em 100% das crianças. Observaram linguagem verbal comunicativa e ecolalia em 59%.

Teoricamente, encontramos o preceito de que o desenvolvimento das habilidades de comunicação é ligado à emergência de habilidades cognitivas-sociais, tais como as habilidades de discriminar o eu dos outros e a habilidade de perceber os outros como agentes de ação e contemplação (Mundy et al, 1986).

Lebovic & Mazet (1991), comentando conclusões de pesquisas realizadas, relatam que os jogos de autistas são repetitivos, estereotipados e desprovidos de qualquer capacidade de abstração ou simbolização. Relatam também que as crianças autistas são incapazes de brincar de fazer de conta e concluem 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 autista (...)" p.99. Prosseguem considerando que tal modelo cognitivo anormal seria

caracterizado pela incapacidade de analisar a significação abstrata de um estímulo, a ausência de conceitualização e de representação mental interna, e disfunções dos mecanismos de expressão, controle e interpretações de emoções.

Alguns autores associam o desenvolvimento percepto-cognitivo aos déficits nas habilidades de comunicação verbal e não-verbal (Stone e Caro-Martinez, 1990). Apesar disto, resultados de experimentos recentes apontam que mesmo quando se controla o nível de idade, a idade mental ou o QI, as crianças autistas apresentam déficits nas habilidades de atenção conjunta gestual e no contato visual (Buitelaar et al, 1991; Mundy, Sigman, Kasari, 1990).

De qualquer forma, o comportamento da criança autista é caracterizado por déficits na comunicação, principalmente nas funções consideradas a seguir, segundo vários autores (Buitelaar et al, 1991; Mundy et al, 1987; Mundy, Sigman, Kasari, 1990).

1. Comportamento de reciprocidade visual

- contato visual anormal
- evitação do contato visual

2. Atenção-conjunta gestual

- uso e compreensão de gestos convencionais (apontar, mostrar) juntamente com o contato visual (ex. alternar o olhar entre um objeto que aponta e o adulto).

Um interessante estudo sobre interação de crianças autistas e normais com suas mães, realizado por Dawson et al. (1990), relatam a descoberta que as crianças autistas sorriram muito menos freqüentemente em resposta ao sorriso da mãe do que as crianças normais. Por outro lado, constataram também, que as mães das crianças autistas forneciam menos sorrisos e eram menos prováveis de responder aos sorrisos das

crianças quando comparadas com as mães das crianças normais. Assim, concluem os autores, a criança autista afetada não somente por uma inabilidade de assimilar responder a um estímulo social, mas também pelo impacto negativo que seu comportamento pode ter no ambiente social.

Com relação às intervenções terapêuticas propostas e realizadas com a criança autista encontramos vários relatos na literatura. Em termos de embasamento teórico utilizado, as intervenções relatadas em maior número se baseiam na teoria comportamental (Charlop et al, 1990; Koegel e Koegel, 1990, Wolff, 1991). A teoria psicanalítica também tem sido utilizada como referencial de intervenções com crianças autistas (Barros, 1988; Gianotti e Astis, 1983).

Várias formas de intervenção terapêutica, além e/ou associadas às relatadas acima têm sido utilizadas, como por exemplo, a terapia medicamentosa, terapia com música, animais, etc., além da Terapia Ocupacional cujo processo de intervenção é discutido a seguir.

A TERAPIA OCUPACIONAL NO AUTISMO INFANTIL

O uso de atividades no tratamento de distúrbios psíquicos vem sendo relatado desde muito antes do tratamento moral iniciado por Pinel no século XVIII, muito embora seja a partir de Pinel que o trabalho passa a ser mais consistentemente considerado como "instrumento terapêutico". Como nos coloca Nascimento, ao analisar este momento específico: "A literatura ressalta o caráter humanitário da fundação dos primeiros asilos europeus destinados exclusivamente aos alienados e localiza aí o surgimento do trabalho como instrumento terapêutico" (Nascimento, 1991, p.13).

A autora também considera que os acontecimentos ocorridos durante os séculos XVIII e XIX, onde a ocupação utilizada como forma de tratamento do doente mental foi divulgada e aplicada em ampla escala, embora precedidos de quase um século até o surgimento da profissão, foi de fundamental importância para o desenvolvimento da terapia ocupacional.

Neste contexto, as atividades eram utilizadas segundo o princípio básico do pensamento da psiquiatria na época, ou seja, oferecer ao paciente uma rotina mais próxima do possível do "normal", bem como, e talvez principalmente, para manter a ordem e a disciplina (através das ocupações) dentro dos hospitais; eventualmente, esta prática poderia também contribuir para a 'organização interna' do paciente (Lancman, 1988).

Assim como as práticas psiquiátricas foram se desenvolvendo no tratamento das desordens psíquicas, a terapia ocupacional também apresentou muitas vezes modificações em seus objetivos gerais, bem como tem se desenvolvido na busca de respaldos teóricos e práticos para os princípios que a norteiam. Como conclui Greco (1981), o desenvolvimento técnico-científico da terapia ocupacional confunde-se com o da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

Pensamos que poderíamos também considerar que a intervenção da terapia ocupacional com crianças que apresentam distúrbios emocionais segue juntamente com o desenvolvimento da psiquiatria infantil.

De forma a relatar a atuação do terapeuta ocupacional em psiquiatria infantil em diversos países da Europa e América do Norte, Sholle-Martin & Alessi (1990) afirmam que a terapia ocupacional na psiquiatria infantil foi identificada como uma especialidade emergente. Estes autores apresentam um levantamento dos estudos encontrados sobre a atuação da terapia

ocupacional nesta área nos últimos anos e apontam que a maioria dos trabalhos relatados voltam-se para desordens de hiperatividade, autismo, abuso físico, e aprendizagem de comportamento. Os autores ressaltam também a diversidade de orientações teóricas adotadas pelos terapeutas ocupacionais que atuam na área.

Nota-se também que a intervenção da terapia ocupacional em psiquiatria infantil vem sendo cada vez mais solicitada e esperada pelos profissionais que atuam na área; encontra-se, neste sentido, relatos na literatura internacional de experiências junto à comunidade em um trabalho mais preventivo, junto a crianças com diversas dificuldades emocionais em grandes centros de tratamento, aconselhamento familiar, etc. (Copley et al, 1987; Davidson e Lemons, 1988; Fraenkel e Tallant, 1987; Olson et al, 1989).

Mais especificamente com relação à atuação da terapia ocupacional no autismo infantil, encontra-se vários relatos que de fato confirmam a diversidade de orientações teóricas adotadas para embasar as práticas. Bloomer e Rose (1989), justificam tal diversidade considerando que uma vez que as crianças com este diagnóstico apresentam uma figura clínica relativamente única, abordagens inovadoras para o tratamento são necessárias.

Os autores descrevem detalhadamente as abordagens desenvolvimental, comportamento ocupacional, integrativo-sensorial, aquisicional, biomecânica, reabilitativa e, psicanalítica, como as utilizadas por terapeutas ocupacionais no tratamento do autismo infantil. Observam que a identificação e a escolha de uma linha teórica de referência tornam-se importantes na medida em que as teorias, estruturas de referências, e atividades fornecem a base para o planejamento e para a implementação das intervenções em terapia ocupacional.

Os autores também citam algumas "associações", como por exemplo, as teorias de interação orgânica-experiencial que combinam os pontos de vista tanto das teorias psicodinâmicas como orgânicas no tratamento do autismo infantil.

Observa-se, além disso, no caso do autismo infantil, a presença não só de diferentes orientações teóricas, mas também das "associações" de orientações que aparentemente começam a ser relatadas. Tal fato, se considerado de forma responsável e consistente talvez aponte para uma possibilidade de sucesso maior nas intervenções que poderiam passar a ser menos radicais em seus princípios e mais abrangentes no que se refere às inúmeras áreas de desenvolvimento afetadas por esta síndrome.

Independentemente desta diversidade, a abordagem mais divulgada, na literatura estrangeira, e aparentemente mais utilizada, é a que se baseia nos princípios da integração sensorial (Ayres e Tickle, 1980; King, 1987; Nesbit, 1994; Reilly et al, 1983; Wolkowicz et al, 1977). Tal abordagem admite a presença de uma disfunção neurofisiológica no autismo infantil, que causaria um declínio no processamento dos dados recebidos e da assimilação dos mesmos. Como apontam Wolkowicz et al. (1977), o desenvolvimento irregular do cérebro tornaria difícil para a criança organizar suas percepções do ambiente sendo necessário modificar estas disfunções através da recapitulação da seqüência ontogenética pertinente, através de atividades motoras graduadas e seletivas oferecendo primeiro estimulação num nível mais baixo (tátil e vestibular), trabalhando posteriormente os níveis mais complexos (auditivo e visual).

É interessante ressaltar aqui que apesar desta abordagem ser largamente utilizada no exterior

(principalmente nos EUA), não se encontra em levantamento de literatura especializada nacional nenhuma referência de utilização da mesma no Brasil.

Considerando que neste trabalho utilizou-se a abordagem psicodinâmica enquanto referencial da intervenção em terapia ocupacional realizada com a criança autista, a seção seguinte procura discutir alguns dos aspectos envolvidos na sua utilização.

A TERAPIA OCUPACIONAL NUMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA NO TRATAMENTO DO AUTISMO INFANTIL

Como localiza Fernandes (1988), "com o surgimento da Psicanálise, Psicoterapia e práticas grupais, quando os sintomas passam a ser vinculados diretamente a uma dinâmica inconsciente, a Terapia Ocupacional também evolui com base em uma compreensão e prática psicodinâmicas" p.31. Tendo então por base esta orientação teórica, o profissional irá desenvolver e dimensionar sua intervenção.

Na literatura internacional, registramos a presença de alguns artigos que relatam experiências de terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças que apresentam desordens emocionais, tendo como base uma referência psicodinâmica.

O trabalho de Fraenkel & Tallant (1987), relatam uma intervenção utilizando stencils com o objetivo de favorecer pensamentos e sentimentos significativos sobre a criança frente a diferentes situações. A prática associa desenhos como uma técnica projetiva em que a criança expressa e reflete sobre os seus sentimentos, dúvidas, etc., e sobre assuntos pré-determinados. Os autores consideram a técnica adequada para o desenvolvimento de um auto-conceito positivo, para a expressão de conflitos, etc., e, neste contexto, discutem as bases

psicodinâmicas utilizadas nesta intervenção.

Já Copley et al.(1987), relatam a intervenção realizada com crianças que apresentam distúrbios emocionais em terapia ocupacional respaldada em princípios psicodinâmicos, a que denominaram de "Play Therapy". Descrevem, através de dois estudos de caso, os aspectos envolvidos em uma intervenção de terapia ocupacional que se baseia em uma compreensão psicodinâmica. Ao nosso ver tal descrição se mostra bastante próxima dos princípios utilizados pela ludoterapia, o que nos leva a refletir uma necessidade dos autores em descrever a terapia ocupacional a partir de formas mais consolidadas de intervenção nesta abordagem. De qualquer forma, observamos a preocupação dos autores em afirmar a importância de um trabalho em equipe e de supervisões constantes com profissionais especializados de outras áreas, para o desenvolvimento do trabalho segundo os moldes propostos.

Consideramos este tipo de aproximação com a ludoterapia talvez como uma forma de justificar e explicitar uma prática de forma mais segura, o que é bastante discutível. Obviamente existem algumas semelhanças nestas duas formas de intervenção — ludoterapia e terapia ocupacional —, a começar pelo referencial teórico adotado, a utilização de brinquedos, etc.; mas consideramos bastante distintas as práticas desenvolvidas.

A intervenção da terapia ocupacional psicodinâmica considera a relação terapêutica e as atividades, utilizadas como instrumento terapêutico, fundamentais no processo de tratamento. Um dos motivos que justificam tal consideração está no fato de que, através da comunicação que se estabelece a nível da linguagem do concreto (da ação e da expressão), e através do

vínculo estabelecido com o paciente, pode-se chegar a uma compreensão e intervenção na dinâmica do processo vivido pelo paciente, como demonstra Benetton (1989) ao descrever e discutir a terapia ocupacional através de um tratamento realizado com um paciente psicótico.

Além disso, a terapia ocupacional não se utiliza, necessariamente, de pré-requisitos básicos necessários em outros tipos de práticas psicoterápicas; requisitos estes que, geralmente, o paciente autista não apresenta, como por exemplo a capacidade de abstração, o contato convencional com a realidade externa, a expressão verbal, etc.

Na literatura nacional encontramos algumas discussões a respeito da atuação da terapia ocupacional numa abordagem psicodinâmica e de como é considerado o papel da atividade terapêutica na intervenção, ainda que os relatos se direcionem basicamente ao tratamento de pacientes psicóticos adultos.

Como observam Castro e Silva (1990), a realização de atividades terapêuticas permite a expressão de emoções bem como possibilita um conhecimento do indivíduo em termos de sua história que muitas vezes não podem ser verbalizados por ele.

Se por um lado temos as possibilidades de representação e contato com a "realidade interna" do indivíduo, temos também neste mesmo espaço a possibilidade de permitir/facilitar o contato com a "realidade externa". Como nos coloca Benetton, "... as atividades vistas como possibilidade de manter a realidade externa, isto é, de ampliar o campo da consciência, assim o são por propiciar o auto-conhecimento e conseqüentemente o de fazer-se conhecer. Tal proposta abarca o apreender para aprender, incluindo também o caráter afetivo da aprendizagem na terapia ocupacional". (Benetton, 1989, p.47).

Talvez mais evidenciado no trabalho realizado com crianças, podemos considerar que o terapeuta ocupacional intervêm em pelo menos duas frentes básicas presentes na realidade e nas dificuldades do indivíduo. Ou seja, durante a intervenção são abordados com o paciente tanto os aspectos afetivos/emocionais, como também os aspectos cognitivos, de uma forma integrada, através da realização das atividades e da relação estabelecida.

Vale observar também que geralmente as interpretações verbais relativas à criança não fazem parte da dinâmica estabelecida no processo de terapia ocupacional; as considerações e compreensões observadas pelo terapeuta em relação à criança são trabalhadas de forma contextualizada nas ações que se estabelecem durante o processo de realização das atividades e da relação terapêutica que se estabelece.

Temos também a observação importante de Fernandes acerca da utilização da atividade em um processo terapêutico em terapia ocupacional e a dinâmica presente neste processo, "a utilização de atividades (...) implica uma dinâmica particular entre três elementos básicos: terapeuta-atividade-paciente. Em alguns momentos a atividade funciona como objeto intermediário entre o terapeuta e o paciente. Noutros, o terapeuta é que serve de elo entre o indivíduo e a atividade.(...)". (Fernandes, 1988, p.31)

Especificamente no tratamento de crianças autistas as linhas gerais aqui colocadas são consideradas e estão presentes na proposta de intervenção; outros, mais específicos, merecem ser aqui abordados.

O primeiro se refere à importância do estabelecimento da relação terapêutica. Este talvez seja o passo mais dificultoso a ser dado e também o mais básico para o desenvolvimento do tratamento da criança

autista em um processo de terapia ocupacional. Pelas próprias dificuldades apresentadas por estas crianças, inerentes ao quadro que apresentam, este é o caminho a ser perseguido tanto para a possibilidade do tratamento em si, como pelo ganho de um grande primeiro passo de sucesso obtido entre a criança e o terapeuta.

Neste sentido as sessões de terapia ocupacional têm um caráter de reconhecimento recíproco do nível e da forma que a criança é capaz de se mostrar, seja através da rotina que estabelece, os materiais que explora, o contato que realiza ou não com o terapeuta, etc.. A título de exemplo, poderíamos citar que os materiais/atividades que a criança pode se interessar e que provavelmente favorecem o estabelecimento de contato variam desde os mais comuns, como papel, água, etc., até objetos da própria sala (como o piso de madeira, janela...), ou apenas do próprio corpo como sons, alguns ritmos, movimentos corporais, etc.. Vale lembrar também a possibilidade, mesmo que mais rara, de interesses iniciais já voltados para materiais/atividades mais elaborados, como por exemplo jogos de encaixe, quebra-cabeça, etc..

Ressaltamos, porém, que geralmente a criança não apresenta habilidades básicas e que o seu "realizar atividades" é tão pobre quanto o seu contato com o mundo externo, o que de fato torna o estabelecimento da relação um investimento especial neste contexto. O reconhecimento do "outro"/terapeuta por parte da criança da maneira que lhe é possível, já é na verdade parte dos objetivos estabelecidos para o tratamento.

O segundo aspecto a ser colocado relaciona-se à necessidade da clareza dos limites e espaços que podem ser utilizados pela criança e pelo terapeuta. O reconhecimento do local que será utilizado para o desenvolvimento das sessões, as possibilidades e o

limites que estarão envolvidos nos encontros, bem como a duração e frequência dos mesmos devem ser colocados para a criança. É bastante importante que a criança perceba e reconheça o espaço terapêutico que lhe é oferecido, reconheça "quem" e "o que" compartilham este espaço, para que possa com segurança e confiança ocupá-lo de acordo com suas necessidades e desejos.

Neste processo a realização de atividades geralmente se dá através da escolha da própria criança em função dos materiais existentes no setor sempre que possível. Apenas quando necessário ou solicitado o terapeuta sugere/indica uma atividade específica.

Obviamente, o processo de realização de atividades com a criança autista é relativo à capacidade e/ou interesse que a criança apresenta. Muitas vezes apenas a exploração primária de objetos é possível inicialmente, ou até mesmo nenhuma relação com objetos é estabelecida; a percepção por parte do terapeuta da rotina que a criança tenta estabelecer nas sessões, bem como o momento e a forma de oferecer à criança diferentes possibilidades de exploração são fundamentais. Através das tentativas de materiais e atividades que possam ser interessantes para a criança e como ela aceita, rejeita, ou lida com a mesma, o terapeuta e a criança implementam os processos de reconhecimento e de relação.

Um terceiro aspecto refere-se à busca de qualquer aproximação ou possibilidade de uma situação de "brincar". Tal processo permite não só o desenvolvimento e/ou aparecimento de diferentes habilidades da criança, como também possibilita a continuidade do processo de comunicação entre a criança e terapeuta, rumo à simbolização e à abstração, e à possibilidade de se ultrapassarem as barreiras de um mundo isolado não habitado por outros. Vale lembrar, que o "brincar"

precisa ser contextualizado e muitas vezes redimensionado em relação ao que se considera/espera por brincar de uma forma geral. As muitas maneiras primárias do brincar, que a criança pode apresentar ou vir a desenvolver, necessitam ser sensivelmente percebidas e consideradas como formas de expressão e comunicação da criança.

De uma forma geral, esperamos ter abordado aqui alguns dos aspectos relevantes da intervenção da terapia ocupacional com a criança autista numa abordagem psicodinâmica. Aspectos estes que estiveram presentes e que nortearam a prática clínica desenvolvida com a criança autista que está presente no estudo de caso a seguir.

ESTUDO DE CASO

Apresentaremos a seguir um estudo de caso da intervenção em terapia ocupacional com uma criança autista diagnosticada, onde os dados apresentados e discutidos referem-se ao período de um ano e meio. Na época do início da intervenção aqui considerada a criança contava com a idade de 8 anos.

Em função da necessidade de uma análise minuciosa e sistemática do comportamento da criança autista, optamos pela utilização do método de Observação Direta do Comportamento, utilizando o registro em vídeo-tape das situações que envolviam os atendimentos clínicos da criança em terapia ocupacional objeto deste estudo de caso. As sessões de filmagens ocorreram em uma sala de atendimento do "Serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos". Com relação aos recursos humanos, contamos com a colaboração de um auxiliar de pesquisa, no caso, uma aluna do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar.

Do total de sessões realizadas no período de um ano e meio, foram registradas nove sessões em vídeo. Cada bloco de filmagem foi constituído por 3 sessões de atendimento seqüenciais. Do primeiro para o segundo bloco observou-se um intervalo de 6 meses a contar da data da primeira filmagem. Do segundo para o terceiro bloco observou-se um intervalo de 12 meses a contar da data da primeira filmagem do segundo bloco.

De um modo geral, as sessões tinham um período de duração que variava entre 30-40 minutos cada uma. Foram analisados os dados de cada bloco, contendo 3 sessões cada um, por um período de 15 minutos por sessão (total de 135 minutos analisados).

Todas as sessões de atendimento clínico em terapia ocupacional foram conduzidas por um único terapeuta. Não se utilizou de nenhuma regra fixa quanto as atividades a serem desenvolvidas ou às posições em que a criança deveria permanecer durante as sessões. Como se tratava de uma intervenção clínica, adotou-se a conduta de praxe (de acordo com o modelo adotado), ou seja, sempre que possível deixar a criança optar pela atividade a ser desenvolvida e pela posição física dentro do contexto das sessões.

A partir da observação das filmagens, realizamos o registro cursivo levantando/identificando os comportamentos presentes na situação de atendimento clínico em terapia ocupacional. Passamos então ao levantamento e caracterização das categorias relativas aos comportamentos motores e verbais a serem observados. Nesta seqüência, identificamos, aproximadamente, 70 comportamentos que foram então e descritos/definidos com o auxílio de juizes.

A partir da identificação da freqüência de ocorrência dessas categorias, e dos cálculos de concordância e fidedignidade realizados, refletimos a

necessidade de concentrar o total das categorias iniciais. Consideramos que o agrupamento poderia facilitar e agilizar as análises, bem como permitiria uma melhor compreensão das mesmas. Essencialmente, utilizou-se como critério as formas de contato apresentadas pela criança: com objetos, consigo própria, e com o outro (terapeuta).

Tendo como base este foco, que consideramos abranger tanto o desempenho da criança como as variáveis envolvidas no processo terapêutico proposto, procuramos agrupar as categorias de forma a reunir comportamentos semelhantes e/ou comportamentos que representassem de forma significativa o grupo proposto.

Assim, optamos pela seguinte reunião, que totalizou 8 categorias referentes aos aspectos verbais que não formam agrupados: Solilóquio, Silêncio, Pergunta, Resposta à Terapeuta, Resposta com Monossilabo, Responde Repetindo e Fala de Faz de Conta. E 14 grupos de categorias referentes aos aspectos não-verbais que são apresentados na Tabela I. Deste total, algumas serão apresentadas a seguir.

| AGRUPAMENTO DAS CATEGORIAS NÃO-VERBAIS | |
|---|--|
| DENOMINAÇÃO | CATEGORIAS ENVOLVIDAS |
| RELATIVAS AO OLHAR | |
| OLHAR PARA OBJETO (OO) | -olhar objeto -olhar caixa/recipiente |
| OLHAR PARA TERAPEUTA (OT) | -olhar para terapeuta -olhar terapeuta através do espelho |
| OLHAR TERAPEUTA ATRAVÉS DA ATIVIDADE/ CONTEXTO EM PAUTA (OTAt) | -olhar objeto que terapeuta manuseia/manipula -olhar em direção que terapeuta aponta -olhar para o que terapeuta demonstra/ensina |
| OLHAR INESPECÍFICO(OInesp) | -olhar vazio -olhar abaixo -olhar em torno |
| OLHAR INTENCIONAL(OInt) | -olhar para o espelho -olhar para filmador -olhar pela janela |
| RELATIVAS AO SORRIR | |
| SORRIR(SS) | -sorriso simples -sorriso com exposição de dentes superiores -sorriso largo |
| RELATIVAS À CRIANÇA, OBJETO E TERAPEUTA | |
| CONTATO DA CRIANÇA COM OBJETO (CCO) | -manuseia objeto -alcança objeto -aproximar objeto -pegar objeto -colocar objeto |
| EXPLORAÇÃO PRIMÁRIA DE OBJETO (ExpIPO) | -cheirar objeto -passar objeto em parte do próprio corpo -tocar objeto em parte do próprio corpo |
| CONTATO/EXPLORAÇÃO DO PRÓPRIO CORPO (CPpC) | -tocar em si mesmo -coçar a cabeça |
| CONTATO DA CRIANÇA COM O TERAPEUTA ATRAVÉS DO OBJETO (CCTO) | -apontar -mostrar objeto à terapeuta -dar objeto -oferecer objeto para terapeuta cheirar -manipular/manusear objeto conjuntamente |
| COMUNICAÇÃO CORPORAL COM TERAPEUTA (CCorpT) | -tocar terapeuta -aceitar toque/afago terapeuta -esquiva -rejeita toque/afago terapeuta -aproximar próprio corpo ao corpo do terapeuta |
| CONTATO ELABORADO COM OBJETO E TERAPEUTA (CEITO) | -manuseio funcional -imitar terapeuta |
| ESTEREOTIPIAS (EST) | -movimentar dedos próximo do rosto/corpo -balanceio de tronco -bater dedos em si mesmo -bater dedos em objeto -andar em círculo |
| COMPORTAMENTO AGRESSIVO (Comp.Agr) | -posição de bater -bater -bater em si mesmo |

TABELA 1 : Agrupamentos por categorias

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS POR GRUPOS DE CATEGORIAS

Apresentaremos nesta sessão, os resultados mais expressivos e relevantes com relação ao objetivo proposto.

a) ASPECTOS VERBAIS

a.1) RESPOSTA À TERAPEUTA (RespàT):

Nesta categoria foram incluídas as respostas da criança ao terapeuta que consideramos mais elaboradas ou pelo menos mais completas, na medida em que excluímos desta categoria as respostas apenas com monossílabos, e as respostas em que a criança repetia as partes finais das perguntas feitas pela terapeuta.

| FREQUÊNCIA OBSERVADA | | | |
|----------------------|------|------|------|
| | Bl.1 | Bl.2 | Bl.3 |
| RespàT | 150 | 127 | 174 |

Observamos uma diminuição da frequência do bloco 1 para o bloco 2, e um aumento do bloco 2 para o bloco 3. A frequência inicial foi mais baixa do que a frequência final.

Uma análise em relação a uma evolução qualitativa da fala só seria possível com uma avaliação mais específica do conteúdo da mesma, o que não será realizado neste trabalho. Por exemplo, a criança aqui já apresenta no bloco 1 um número razoável na frequência deste comportamento, mas não é possível avaliar a qualidade desta variação numérica.

Podemos considerar que em termos gerais a comunicação verbal da criança com o terapeuta foi melhorada. Este é um dado importante, na medida em que nesta categoria, especificamente, observamos a utilização da linguagem pela criança como uma forma de comunicação com o outro, o que é uma habilidade

muitas vezes ausente nas crianças autistas que apresentam a fala, como é indicado pela literatura.

a.2) RESPOSTA REPETIDA (Resp. REPET.) e RESPOSTA COM MONOSSÍLABOS (RespMONO):

| FREQUÊNCIA OBSERVADA | | | |
|----------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| Resp.REPEt | 51 | 16 | 13 |
| Resp.MONO | 133 | 125 | 104 |

Observamos que as duas apresentaram a frequência de ocorrência diminuída durante a intervenção.

Aos poucos a criança passou a responder de forma mais elaborada às perguntas realizadas pela terapeuta. Diminuindo a frequência em que respondia apenas com monossílabos ou simplesmente repetia a última ou penúltimas palavras contidas na pergunta. Neste caso, algumas vezes não ficava claro se a criança estava emitindo uma resposta ou apenas utilizando uma forma de abreviar o diálogo estabelecido.

De qualquer forma vale ressaltar que mesmo a presença deste tipo de verbalização, já representa uma habilidade da mesma em utilizar a fala como meio de comunicação.

FALA DE FAZ DE CONTA (FFazCont.):

| FREQUÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| FFazCont. | 00 | 46 | 03 |

Esta categoria estava ausente no início da intervenção, apresenta um aumento e posterior regressão ao final, atingindo níveis baixos de aparecimento.

Ao analisarmos o aparecimento por sessão, temos que este comportamento apareceu em 4 das 9 sessões. Durante o bloco 2 e 1a sessão do bloco 3. Apesar da inconstância, notamos que em algumas ocasiões que

ocorreu, o aparecimento foi relativamente expressivo.

É preciso tecer tais considerações, pois este tipo de comportamento é raramente observado em crianças autistas, como já apontamos na revisão de literatura. É importante ressaltar que o desenvolvimento desta capacidade é um dos objetivos do tratamento da terapia ocupacional, na medida em que se busca neste processo o desenvolvimento do brincar, como já discutimos anteriormente.

A possibilidade da criança realizar, mesmo que de forma não tão freqüente, este tipo de expressão, envolve alguns aspectos fundamentais também presentes na capacidade do brincar, da simbolização, etc.

b) ASPECTOS NÃO-VERBAIS

b.1) **OLHAR TERAPEUTA:** Este grupo engloba as categorias "Olhar Diretamente Terapeuta" e "Olhar Terapeuta através do espelho".

| FREQUÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| OT | 358 | 446 | 398 |
| OTE | 00 | 30 | 00 |
| TOTAL | 358 | 476 | 398 |

Podemos observar que a categoria que caracteriza o comportamento deste grupo é a denominada "Olhar Terapeuta". Notamos além disso, um aumento em relação à média do bloco 1 para o bloco2, e do bloco 2 para o bloco 3 uma diminuição do aparecimento do comportamento que chega a ficar bem próximo da média dos três blocos. Apesar disto, pode-se observar uma tendência de crescimento deste grupo pois, a média do bloco 3 é mais alta do que a média do bloco 1.

Reforçando esta observação, uma outra consideração pode ser feita aqui e se refere às alterações de freqüência nesta categoria e a relação que poderíamos

supor com as atividades que a criança realiza. Se considerarmos os dados de freqüência por sessão, iremos notar que na 8a e 9a sessões (2 últimas sessões do bloco 3) a freqüência do comportamento "Olhar Terapeuta" diminui consideravelmente. Ao mesmo tempo se relacionarmos este fato ao envolvimento da criança com a atividade que está realizando (o nível de atenção que atividade solicita, o nível de envolvimento da criança com a mesma, etc.), notaremos que na 8a e 9a sessões o grupo de categorias "Contato Elaborado com Terapeuta Através de Objeto" (que envolve "Manuseio Funcional" e "Imitar terapeuta"), apresentava seus índices de maior freqüência, ou seja seria possível que a atenção e o olhar da criança nestas sessões estivessem mais voltados para a atividade que realizava do que para o terapeuta propriamente; esta é uma hipótese que pensamos interessante ser apresentada.

OLHAR TERAPEUTA ATRAVÉS DA ATIVIDADE / CONTEXTO EM PAUTA

Este grupo engloba as categorias "Olhar Objeto que Terapeuta Manipula", "Olhar em direção ao que terapeuta aponta" e "Olhar para o que terapeuta demonstra / ensina".

| FREQUÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| OOTM | 205 | 345 | 428 |
| OTAp | 13 | 00 | 00 |
| OTEn | 05 | 00 | 16 |
| TOTAL | 223 | 345 | 444 |

Consideramos alguns aspectos importantes que passaremos a expor. O primeiro deles refere-se à comparação deste grupo com o anterior ("Olhar terapeuta"). Se de alguma forma era esperado que a freqüência de ocorrência do olhar da criança para a

terapeuta aumentasse durante as intervenções, como um termômetro da eficácia da intervenção, constatamos aqui, neste outro agrupamento a presença de tal aumento. Se, por um lado, a criança não olhou diretamente para a terapeuta, por outro, ela o fez através das atividades ou do contexto em pauta. Consideramos o olhar da criança para a terapeuta de forma "indireta", ou seja consideramos que a criança de fato dirigiu o seu olhar e possivelmente sua atenção para a terapeuta de forma crescente durante a intervenção, através das atividades que estavam sendo realizadas.

Um segundo aspecto, que se relaciona com o primeiro, refere-se à especificidade das práticas realizadas durante os atendimentos clínicos em terapia ocupacional. Da mesma forma que as atividades são utilizadas como instrumentos terapêuticos na terapia ocupacional, espera-se também que através delas os contatos sejam estabelecidos e desenvolvidos entre a criança e o terapeuta como já discutimos anteriormente. Consideramos ter, aqui, um exemplo significativo deste processo no tratamento desta criança autista.

OLHAR INESPECÍFICO - Este grupo engloba as categorias "Olhar Vazio", "Olhar Abaixo" e, "Olhar em Torno".

| FREQÜÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| O.V. | 41 | 93 | 63 |
| O.Ab. | 17 | 188 | 20 |
| OemT. | 05 | 19 | 25 |
| TOTAL | 63 | 300 | 108 |

Observamos uma tendência de aumento neste grupo, o que contraria as expectativas iniciais. Algumas considerações, no entanto, podem ser feitas com relação a este crescimento da freqüência de ocorrência deste grupo no bloco 2.

Ao analisarmos os dados deste grupo por sessão, observamos que na 6ª sessão (última sessão do bloco 2) houve um aumento bastante grande no aparecimento destas categorias. Ao compararmos tal resultado com outras categorias que pudessem ter aumentado ou diminuído de forma expressiva nesta mesma sessão, identificamos um aumento na freqüência de ocorrência da categoria Estereotípias. Isto nos leva a refletir que de alguma forma houve um aumento de comportamentos sintomáticos nesta sessão específica. Procuramos, então, observar e analisar as atividades realizadas nesta sessão, mas de um modo geral nenhuma associação significativa poderia ser sugerida.

Eventualmente, uma análise do conteúdo das falas ocorridas durante a sessão poderia indicar alguma explicação sobre esta ocorrência, mas este tipo de análise não será realizada neste trabalho.

b) SORRIR - Este grupo engloba as categorias "Sorriso Simples", "Sorriso com exposição de dentes superiores" e, "Sorriso Largo".

| FREQÜÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| S.S. | 29 | 76 | 100 |
| S.L. | 04 | 12 | 23 |
| S.D.Sup. | 04 | 00 | 00 |
| TOTAL | 37 | 88 | 123 |

Observamos um aumento significativo e progressivo da freqüência de ocorrência deste grupo durante a intervenção realizada, sendo que apenas as duas primeiras categorias mostraram-se caracterizadoras deste grupo.

Consideramos importante observar neste caso, que a freqüência apresentada no bloco 1 é consideravelmente pequena, indicando que um comportamento quase ausente, no início da intervenção, teve seu uso afirmado

durante o processo.

Como já discutido anteriormente, a dificuldade da criança autista em realizar interações sociais, e, principalmente neste caso, a dificuldade em utilizar as expressões faciais como forma de interação e de compreensão do contexto, bem como a pouca utilização da linguagem não-verbal como meio de comunicação, nos pareceu evidenciada enquanto comportamento sintomático no início da intervenção em terapia ocupacional. Com o aumento na utilização deste recurso, observado através deste grupo SORRIR, consideramos plausível a hipótese desta habilidade ter sido desenvolvida durante o processo terapêutico realizado.

O desenvolvimento demonstrado pela criança e/ou a aquisição mais segura desta habilidade nos leva a considera-los um avanço importante, não só pelo ganho específico mas, também, pelos diferentes requisitos que são necessários à manifestação desta habilidade. Como exemplo destes requisitos podemos citar a necessidade da compreensão/percepção e participação da criança nas atividades e/ou conversas desenvolvidas durante as sessões (note-se que risos imotivados não foram aqui considerados), a relação da criança com a terapeuta, a concretização da expressão de humores/afetos, etc.

c) CRIANÇA, OBJETO E TERAPEUTA

EXPLORAÇÃO PRIMÁRIA DE OBJETO - Este grupo engloba as categorias "Cheirar Objeto", "Passar Objeto em Parte do Próprio Corpo", "Tocar Objeto em Parte do Próprio Corpo".

| FREQUÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| ChO | 278 | 252 | 52 |
| PassOC. | 11 | 21 | 55 |
| T.O.C. | 01 | 03 | 00 |
| TOTAL | 290 | 276 | 107 |

Observamos aqui, uma diminuição na manifestação de ocorrência deste comportamento ao longo da intervenção. Devemos considerar a discreta diminuição entre o bloco 1 e bloco 2, e uma diminuição evidente entre o bloco 2 e bloco 3. Notamos aqui que a categoria "Cheirar Objeto" foi a que caracterizou o grupo.

A alta ocorrência apresentada no bloco 1 é uma evidência deste tipo de comportamento sintomático, freqüentemente observável nos casos de autismo como vimos anteriormente. Aparentemente, a discreta diminuição inicial e posterior continuidade na queda da freqüência nos leva a refletir sobre o desenvolvimento da criança em seus contatos com objetos (e possivelmente com seus contatos de uma forma mais ampla) durante o período de intervenção em terapia ocupacional.

Consideramos também que a possibilidade dos contatos da criança com atividades / objetos juntamente com o terapeuta possa ter contribuído de forma específica neste processo de desenvolvimento. Como já colocado anteriormente, parece-nos que o uso deste instrumento terapêutico (atividade), no processo de terapia ocupacional, vem novamente favorecer o tratamento da criança autista.

Podemos também destacar a relação entre a queda na freqüência deste grupo do bloco 2 para o bloco 3, e o aumento da freqüência do grupo Contato Elaborado com Objeto e Terapeuta, que também ocorreu de forma evidente neste mesmo período (do bloco 2 para bloco 3). Novamente aqui, consideramos que uma forma mais elaborada de contato toma o lugar de formas mais primitivas durante o processo terapêutico proposto.

CONTATO/EXPLORAÇÃO DO PRÓPRIO CORPO - Este grupo engloba as categorias "Tocar em Si Mesmo", "Coçar a cabeça".

| FREQUÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.2 |
| CçC. | 08 | 06 | 00 |
| T.Si. | 109 | 167 | 82 |
| TOTAL | 117 | 173 | 82 |

Observamos neste grupo um aumento na frequência total do bloco 1 para o bloco 2, e uma diminuição do bloco 2 para o bloco 3. A categoria que caracterizou o grupo foi "Tocar em Si".

Vale considerar que as categorias envolvidas neste grupo, de certa forma, referem-se a contatos/explorações primárias que a criança realiza com o próprio corpo. Desta maneira, a discreta diminuição apresentada é bem vinda, na medida em que podemos trabalhar com a hipótese de que este tipo de contato primário da criança com o próprio corpo pode, aos poucos, não ser mais tão necessário, e dar lugar a formas mais elaboradas/desenvolvidas de contato.

CONTATO DA CRIANÇA COM O TERAPEUTA ATRAVÉS DE OBJETOS - Este grupo engloba as categorias "Apontar", "Mostrar Objeto à Terapeuta", "Dar Objeto", "Oferecer Objeto para Terapeuta Cheirar" e "Manipular/Manusear Objeto Conjuntamente".

| FREQUÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| APT | 14 | 57 | 29 |
| MosàT | 29 | 62 | 16 |
| DarO. | 18 | 12 | 20 |
| OfOTCh | 36 | 28 | 00 |
| MaOCjta | 50 | 28 | 65 |
| TOTAL | 147 | 187 | 130 |

Observamos aqui um aumento na frequência deste grupo do bloco 1 para o bloco 2, e uma diminuição do bloco 2 para o bloco 3. Observamos também que as alterações ocorreram bem próximas da média de frequência obtida entre os blocos, o que nos sugere uma

certa constância no aparecimento deste comportamento.

A expectativa neste grupo seria a de que a frequência aumentasse de forma significativa durante a intervenção, o que não ocorreu. Diferentemente do que foi observado em Olhar Terapeuta Através da Atividade/Contexto em Pauta, temos neste grupo uma gama de categorias que nos leva a considerar a hipótese de que num processo de tratamento em terapia ocupacional, o contato entre paciente/terapeuta/atividade tende a ocorrer nos diferentes níveis de desenvolvimento que possam estar presentes nesta relação.

Inicialmente tínhamos um contato mais primário da criança com objetos, corpo etc., evidenciado através da categoria "Oferecer Objeto para Terapeuta Cheirar" (que enquanto categoria isolada apresentou seus maiores índices de frequência no bloco 1, diminuindo sucessivamente). Ao final da intervenção (bloco 3), a categoria "Manipular/Manusear Objeto Conjuntamente" — que poderíamos considerar como uma forma mais elaborada e desenvolvida de contato, principalmente em se considerando os aspectos sintomáticos do autismo — teve o seu maior índice de frequência de ocorrência.

COMUNICAÇÃO CORPORAL COM TERAPEUTA - Este grupo engloba as categorias "Tocar Terapeuta", "Aceita Toque/Afago de Terapeuta", "Esquiva", "Rejeita Toque/Afago de Terapeuta" e "Aproximar Próprio Corpo ao Corpo de Terapeuta".

| FREQUÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| T.T. | 21 | 78 | 92 |
| AcAfT. | 43 | 139 | 126 |
| RejAfT. | 09 | 01 | 02 |
| Esq. | 13 | 00 | 00 |
| AproxC. | 00 | 04 | 108 |
| TOTAL | 86 | 222 | 328 |

Observamos neste grupo um aumento significativo da frequência entre os blocos.

É interessante ressaltar que, ao analisarmos as categorias deste grupo isoladamente, percebemos uma diminuição no aparecimento de "Esquiva" e "Rejeita Toque/Afago de Terapeuta", e um aumento de "Aceita Toque/Afago de Terapeuta", "Tocar Terapeuta" e, "Aproxima Próprio Corpo ao Corpo de Terapeuta", ao longo dos 3 blocos. Observamos, portanto, a presença de comportamentos sintomáticos ("rejeição ao contato corporal") no início da intervenção e o aparecimento/desenvolvimento de comportamentos mais relacionais ("aceitação do contato corporal") durante o processo.

Em oposição aos resultados observados no grupo "Contato/Exploração do Próprio Corpo", em que constatamos uma diminuição da frequência de ocorrência durante as intervenções, a partir da análise dos dados do grupo "Comunicação Corporal com Terapeuta", é possível supor que a criança tenha conseguido, paulatinamente, fazer uso do próprio corpo de forma a utilizá-lo como instrumento de comunicação e não apenas como simples exploração primária de si mesma.

CONTATO ELABORADO COM OBJETO E TERAPEUTA - Este grupo engloba as categorias "Manuseio Funcional" e "Imitar Terapeuta".

| FREQÜÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| Imit.T. | 00 | 00 | 18 |
| MaF. | 66 | 73 | 361 |
| TOTAL | 66 | 73 | 379 |

Observamos aqui um discreto aumento do bloco 1 para o bloco 2 e um aumento significativo entre o bloco 2 e bloco 3.

Temos neste grupo talvez um dos mais

significativos resultados deste trabalho. De fato, a expectativa inicial de que a criança apresentasse progressos durante a intervenção, senão chegou a ser concretizada em todos os grupos observados, é evidenciada neste grupo quando analisamos vários aspectos que consideramos importantes acerca do autismo infantil e também das contribuições da intervenção em terapia ocupacional com estas crianças.

Vale ressaltar que as duas categorias envolvidas neste grupo estão diretamente relacionadas a formas elaboradas de contato com objetos ("Manuseio Funcional") e de contato interativo com o outro ("Imitar Terapeuta").

De uma forma geral, o desempenho de cada uma dessas categorias implica em ampla gama de pré-requisitos cognitivos e afetivos. Quando pensamos, por exemplo, em comportamento imitativo, podemos relacionar algumas habilidades e disponibilidades para o desempenho deste comportamento, como a capacidade de reconhecer o outro e sua ação como parte do mundo externo, reconhecer em si próprio as possibilidades de semelhanças e diferenças com o outro, a habilidade e o desejo de estar dirigindo a atenção para um ponto específico, a possibilidade de interação neste processo, etc.

No caso desta criança especificamente, e poderíamos, também provavelmente, abranger boa parte de crianças autistas como nos aponta a literatura, estes tipos de comportamentos não estavam presentes de forma expressiva no início da intervenção e manifestaram-se aos poucos durante o processo. Este resultado permite, de certa forma, relacionar este desenvolvimento com a intervenção da terapia ocupacional.

Acreditamos que, através do estabelecimento do vínculo terapêutico e do desenvolvimento do processo da

triade que denominamos paciente-terapeuta-atividade, pudemos estabelecer uma possibilidade adequada e satisfatória para a concretização destas habilidades. Esta oportunidade, tanto relacionada aos objetos/atividades como relacionada à interação com o outro, é objetivo básico de uma intervenção em terapia ocupacional. Obviamente, não estamos considerando, aqui, se a criança já tinha previamente ou não possibilidades de desempenhar comportamentos deste tipo, o que consideramos é a possibilidade de demonstrá-los e utilizá-los de forma a poder expressá-los em sua prática durante este processo de tratamento.

ESTEREOTIPIAS - Este grupo engloba as categorias "Movimentar dedos próximo do rosto/corpo", "Bater Dedos em Si Mesmo", "Balanceio de Tronco", "Bater Dedos em Objetos" e, "Andar em Círculo".

| FREQÜÊNCIAS OBSERVADAS | | | |
|------------------------|------|------|------|
| | BL.1 | BL.2 | BL.3 |
| MODE | 116 | 272 | 34 |
| BalT. | 11 | 00 | 01 |
| BatDSi. | 11 | 165 | 15 |
| BatDO. | 04 | 140 | 77 |
| ANCírc. | 07 | 112 | 00 |
| TOTAL | 149 | 689 | 127 |

Observamos neste grupo um significativo aumento na freqüência do bloco 1 para o bloco 2, e uma significativa diminuição do bloco 2 para o bloco 3.

Quando verificamos a ocorrência deste grupo por sessão, observamos não só um aumento considerável deste grupo no bloco 2, como também notamos o maior índice na sessão 6 (última sessão do bloco 2). Como já apontado anteriormente, nesta mesma sessão o grupo "Olhar Inespecífico" também apresenta um elevado índice de ocorrência, caracterizando um aumento numa mesma sessão de dois comportamentos sintomáticos.

Poderíamos supor a possibilidade da criança fazer uso destes comportamentos em uma fase em que poderia estar se adaptando (à rotina dos atendimentos/sessões, etc.) e que no momento em que este fator lhe está mais claro e tranqüilo, o uso do comportamento não se faz mais tão necessário.

Uma outra hipótese, esta talvez mais embasada na observação clínica da criança durante as sessões, nos faz associar o uso das estereotipias a momentos específicos. Poderíamos exemplificar dois deles. O primeiro, quando simplesmente a criança está "ausente" de qualquer relação com o mundo externo (e aí geralmente pudemos observar a presença de praticamente todas as categorias que compõem este grupo ao mesmo tempo). O segundo, quando a situação que se apresenta para a criança leva a algum tipo de ansiedade, angústia ou dificuldade em níveis que a incomodam (a criança não se "ausenta" da situação, mas o uso de alguma forma de estereotipia fica evidenciado).

De qualquer forma, só podemos levantar hipóteses. Talvez um trabalho mais investigativo fosse contributivo, na medida em que a estereotipia mesmo variando em sua freqüência esteve presente no comportamento da criança já no início da intervenção e continuou presente ao final da mesma. Um trabalho de outra natureza poderia investigar sobre as possibilidades e variáveis que estariam implicando em sua variação, e, também, sobre a realidade da presença de comportamentos deste tipo em crianças autistas.

CONCLUSÕES

Através da análise dos dados obtidos neste estudo de caso, nos foi possível realizar algumas reflexões acerca das contribuições da terapia ocupacional no tratamento do autismo infantil. Consideramos também a

importância deste estudo, na medida em que o mesmo nos permitiu ilustrar, de forma mais concreta, as discussões teóricas que vem sendo feitas na literatura acerca da terapia ocupacional e do autismo infantil.

O desenvolvimento de algumas habilidades apresentado pela criança, nos leva a considerar a possibilidade de uma maior estruturação em seu desenvolvimento psíquico durante o processo de intervenção. Aparentemente, a criança conseguiu, paulatinamente, desenvolver mecanismos que permitissem experimentar uma forma diferenciada de estar em contato com o outro e com objetos durante o tratamento proposto.

Reafirmamos a importância do vínculo terapêutico estabelecido neste processo, bem como da realização das diferentes atividades desenvolvidas pela criança neste contexto. Resgatamos aqui os aspectos afetivos e cognitivos presentes na intervenção em terapia ocupacional com estas crianças, na medida em que consideramos a possibilidade de favorecer uma experiência de relacionamento interpessoal e com o mundo externo (objetos, atividades, etc.) que possibilita uma modificação em termos de desenvolvimento nos contatos realizados pela criança.

Com relação aos aspectos verbais não foi possível desenvolvermos uma análise tão pormenorizada por não ser objeto desta pesquisa a análise de conteúdo das falas. Acreditamos que este trabalho possibilitou um primeiro contato com o comportamento verbal apresentado pela criança autista e um aprofundamento maior sobre este tema poderia ser realizado em um trabalho futuro em função da extensão e especificidade que o mesmo exigiria.

Por outro lado, consideramos que os dados apresentados puderam refletir de forma esclarecedora o comportamento verbal desta criança em termos gerais, loca-

lizando seu estágio de desenvolvimento nesta área em relação à sintomatologia do autismo apresentada na literatura.

Fica clara a presença da fala nesta criança, bem como sua habilidade de utilizá-la como forma comunicativa. Notamos um desenvolvimento neste sentido durante as intervenções. Este aspecto necessita ser observado, pois aqui também talvez possamos confirmar os dados da literatura que apontam uma possibilidade de melhor prognóstico para a criança autista que apresenta algum desenvolvimento em relação à fala.

Com relação aos aspectos não verbais, levantamos a hipótese de que a queda na frequência de OLHAR TERAPEUTA do bloco 2 para o bloco 3, poderia estar relacionada com as atividades mais elaboradas que a criança vinha realizando neste período, quando pudemos observar um aumento no contato elaborado da criança com objeto e terapeuta. Em outras palavras, a atenção/olhar da criança poderiam estar mais voltados para a realização de atividades elaboradas (que supostamente exigem mesmo mais atenção e habilidades por parte da criança para serem desempenhadas) do que em momentos anteriores, em que as atividades poderiam não estar requerendo este grau mais específico de envolvimento.

Também analisamos o aumento significativo de OLHAR TERAPEUTA ATRAVÉS DA ATIVIDADE / CONTEXTO EM PAUTA, sob alguns aspectos e ressaltamos o processo estabelecido através das atividades na terapia ocupacional, bem como consideramos que a criança pode não ter apresentado um aumento constante de OLHAR TERAPEUTA de forma direta, durante o período de intervenção, mas o fez através das atividades/contexto envolvidos neste processo terapêutico.

Em diferentes níveis, as frequências de ocorrência dos grupos de comportamento CONTATO DA CRI-

ANÇA COM OBJETO, EXPLORAÇÃO PRIMÁRIA DE OBJETO, CONTATO/EXPLORAÇÃO DO PRÓPRIO CORPO, CONTATO DA CRIANÇA COM TERAPEUTA ATRAVÉS DE OBJETOS e, ESTEREOTIPIAS diminuíram ao longo da intervenção realizada.

Nas análises que apresentamos de cada grupo isoladamente, temos em comum a hipótese de que comportamentos e/ou formas de contato da criança menos elaborados cederam lugar a comportamentos mais elaborados ou a uma gama maior de possibilidades de contato que a criança foi apresentando/adquirindo durante o processo de tratamento.

Pela própria especificidade da terapia ocupacional, discutimos a expectativa existente, no início deste trabalho, com relação ao CONTATO DA CRIANÇA COM TERAPEUTA ATRAVÉS DE OBJETOS, de que ocorresse um aumento significativo da manifestação destes comportamentos durante a intervenção. Observamos, entretanto, que, como as categorias envolvidas neste grupo variaram em termos de formas de contato ("Oferecer Objeto para Terapeuta Cheirar" e "Manipular/Manusear Objeto Conjuntamente"), no generalizar do grupo como um todo, os dados específicos não puderam ser computados.

Exemplificando, se considerássemos apenas a categoria "Oferecer Objeto para Terapeuta Cheirar", observaríamos uma diminuição na frequência de ocorrência deste comportamento durante a intervenção (ao longo dos 3 blocos). No caso de "Manipular/Manusear Objeto Conjuntamente", observaríamos um aumento (não tão linear) ao longo dos 3 blocos.

De qualquer forma, esta reflexão nos auxilia a considerar as possibilidades de contatos existentes no processo de terapia ocupacional, em que o contato da criança com o terapeuta através das atividades pode

ocorrer desde formas consideradas mais primárias, e com possibilidades de serem trabalhadas, até as mais elaboradas.

Consideramos também que, se tivéssemos reunido em apenas um grupo o CONTATO DA CRIANÇA COM O TERAPEUTA ATRAVÉS DE OBJETOS e CONTATO ELABORADO COM OBJETO E TERAPEUTA, poderíamos ter obtido uma curva crescente na frequência de ocorrência deste grupo, como o esperado, pela especificidade do instrumento terapêutico na terapia ocupacional.

As frequências nos grupos de comportamentos COMUNICAÇÃO CORPORAL COM TERAPEUTA e CONTATO ELABORADO COM OBJETO E TERAPEUTA aumentaram durante a intervenção realizada.

Aqui consideramos o desenvolvimento e a concretização de habilidades e comportamentos mais elaborados apresentados pela criança, dando curso ao processo iniciado com a intervenção. Observamos também a relação do aumento destes comportamentos com a diminuição de outros, como um processo harmônico presente no tratamento.

Com relação ao grupo CONTATO ELABORADO COM OBJETO E TERAPEUTA, ressaltamos que as duas categorias presentes neste caso estavam diretamente relacionadas com formas elaboradas de contato com objeto ("Manuseio Funcional") e de contato interativo com o outro ("Imitar Terapeuta"). Destacamos a gama de pré-requisitos cognitivos e afetivos que o desempenhar de cada uma dessas categorias implica. Devemos considerar, aqui, que o comportamento imitativo implica não só uma capacidade reflexiva, mas, muito além, envolve o afeto e o contato com a realidade externa para esta possibilidade de aprendizagem.

Consideramos que o contato com atividades e ob-

jetos durante todo o processo, permitiu à criança experimentar, aprender, desenvolver e relacionar-se de forma mais ampla e elaborada.

Acreditamos que através do estabelecimento do vínculo terapêutico e do desenvolvimento da tríade paci-

ente-terapeuta-atividade, processos fundamentais na terapia ocupacional de orientação psicodinâmica, nos foi possível estabelecer uma possibilidade adequada e satisfatória para a concretização e desenvolvimento de habilidades de contatos por parte da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, A.J.; TICKLE, L.S. Hyper-responsivity to Touch and Vestibular Stimuli as Predictor of Positive Response to Sensory Integration Procedures by Autistic Children. *The american journal of occupational therapy*, vol 34, no 6: 375-381, 1980.
- BARROS, I.G. A análise como condição facilitadora para as experiências de vinculação primária da criança autista - Relato de um caso. Trabalho apresentado em **Reunião científica da sociedade brasileira de psicanálise de São Paulo**, mimeo, junho, 1988.
- BENETTON, M.J. **Terapia ocupacional: uma abordagem metodológica em saúde mental.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1989, 114 p.
- BLOOMER, M.L.; ROSE, C.C. Frames of Reference: guiding treatment for children with autism. *Occupational therapy in health care*, vol 6 (2/3):5-26, 1989.
- BUITELAAR, J.K.; VAN ENGELAND, H.; KOEGEL, K.H.; VRIES, H.; VAN HOFF, M. Differences in the structure of social behavior of autistic children and non-autistic retarded controls. *J. child psychology psychiatry*, vol 32, no 6: 995-1015, 1991.
- CALDERÓN-GONZÁLEZ, R.; MORENO, V.D.; FLORES, S.A.; CAVAZOS, O.R.; TREVIÑO, M.D.; MURAIRA, M.D. Autismo infantil II - estudio del lenguaje en 27 niños. *Bol. med. hosp. infant. mex.* 45,2, 1988.
- CASTRO, E.D. & SILVA, R.J.G. Processos criativos e terapia ocupacional. *Revista de terapia ocupacional - USP*, São Paulo, 1 (2), 71-75, 1990.
- CHARLOP, M.H. & MILSTEIN, I.P. Teaching Autistic Children Conversational Speech using video modeling. *Journal applied behavioral analyses*, 22, 275-285, 1989.
- CHARLOP, M.H. & KURTZ, P.F. & CASEY, G.C. Using aberrant behaviors as reinforcers for autistic children. *Journal of applied behavioral analyses*. 23 (2), 163-81, 1990.

- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10 - DESCRIÇÕES CLÍNICAS E DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- COPLEY, B., FORRYAN, B. & O'NEILL, L. Play therapy and counselling work with children. **British journal of occupational therapy**, 50 (12), 413-416, 1987.
- DAVIDSON, D.A. & LEMONS, B.C. Role delineation of the registred occupational therapist and certified occupational therapy assistant in child psychiatry. **Occupational therapy in health care**, vol 5 (2/3), 127-131, 1988.
- DAWSON, G.; HILL, D.; SPENCER, A.; GALPERT, L.; WATSON, L. Affective exchanges between young autistic children and their mothers. **Journal of anormal child psychology**, 18,3:335-345, 1990.
- FERNANDES, S.R. Reflexões sobre a terapia ocupacional, o uso de atividades e a psicose. **Boletim de psiquiatria**, São Paulo, vol 21 (1/2): 31-32, 1988.
- FRAENKEL, L. & TALLANT, B. "Mostly me": A treatment approach for emotionally disturbed children. **Canadian journal of occupational therapy**, vol 54 (2): 59-64, 1987.
- GIANOTTI, A. & ASTIS, G. Nascimento e Autismo: considerações sobre a realção psicótica precoce mãe-bebê. **Revista brasileira de psicanálise**, 17:201, 1983.
- GRECO, F. Aspectos da terapia ocupacional em hospitais psiquiátricos - contribuição ao estudo terapêutico da esquizofrênicos paranóides hospitalizados. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1981.
- KING, L.J. A sensory-integrative approach to the education of the autistic child. **Occupational therapy in health care**, vol 4 (2): 77-86, 1987.
- KOEGEL, R.L. & KOEGEL, L.K. Extended reductions in stereotypic behavior of students with autism through a self-management treatment package. **Journal applied behavior analysis**, 23, 119-127, 1990.
- LANCMAN, S. A loucura do outro: o Juqueri no discurso de seus protagonistas. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.
- LAZO, J. El síndrome autista. **Revista del servicio de sanidad de las fuerzas policiales**, vol 49, 1, 23-28, 1988.
- LEBOVICI, S. & MAZET, P. Autismo e psicoses da criança. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
- MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DE DISTÚRBIOS MENTAIS - DSM III-R Terceira Edição Revista - São Paulo, Editora Manole, 1989.
- MUNDY, P., SIGMAN, M., UNGERER, J., SHERMAN, T. Defining the social deficits of autism: the contribution of non-verbal communication measures. **J. child psycholgy psychiatry**, 27,5: 657-669, 1986.
- MUNDY, P., SIGMAN, M., UNGERER, J., SHERMAN, T. Nonverbal communication and play correlates of language development in autistic

- children. **Journal of autism and developmental disorders**, 17, 3: 349-364, 1987.
- MUNDY, P.; SIGMAN, M.; KASARI, C. A longitudinal study of Joint Attention and language development in autistic children. **Journal of autism and developmental disorders**, 20,1: 115-128, 1990.
- NASCIMENTO, B.A. **Loucura, trabalho e ordem - o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas**. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 150 p. São Paulo, 1991.
- NESBIT, S. Reconsidering the treatment of children with autism. **Anais do XI Encontro Mundial de Terapia Ocupacional**. Londres, 1994.
- OLSON, L. & HEANEY, C. & SOPPAS-HOFFMAN, B. Parent-Child activity group treatment in preventive psychiatry. **Occupational therapy in health care**, vol 6 (1): 29-43, 1989.
- REILLY, C. & NELSON, D.L. & BUNDY, A.C. Sensorimotor versus Fine Motor activities in eliciting vocalizations in autistic children. **The occupational therapy journal of research**, vol 3 (4): 199-212, 1983.
- SHOLLE-MARTIN, S. & ALESSI, N.E. Formulating a role for occupational therapy in child psychiatry: a clinical application. **The american journal of occupational therapy**, 44 (10): 871-882, 1990.
- STONE, W.L. & CARO-MARTINEZ, L.M. Naturalistic observations of spontaneous communication in autistic children. **Journal of autism and developmental disorders**, 20 (4), 1990.
- TRANSTORNOS MENTAIS: CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A CID-9. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Publicação Científica no. 400, 1979.
- VOLKMAR, F.R. & CARTER, A. & SPARROW, S.S. & CICHETTI, D.V. Quantifying social development in autism. **J. am. acad. child adolesc. psychiatry**, 32 (3), 627-32, 1993.
- WOLKOWICZ, R. & FISH, J. & SCHAFFER, R. Sensory Integration with autistic children. **Canadian journal of occupational therapy**, vol 44 (4): 171-175, 1977.
- WOLFF, S. Childhood Autism: its diagnosis, nature and treatment. **Archives of disease in childhood**, 66 (6), 737-41, 1991.
- ZEANAH, C.H. & DAVIS, S. & SILVERMAN, M. The question of autism in an atypical infant. **American journal of psychotherapy**, XLII, 1, jan, 1988.