



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS III
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE PEDAGOGIA**

MARCIELY MARTINS DE LIMA

**O TEA EM MENINAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS FILMES
“O NOME DELA É SABINE” E “TEMPLE GRANDIN”**

**GUARABIRA
2019**

MARCIELY MARTINS DE LIMA

**O TEA EM MENINAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS FILMES
“O NOME DELA É SABINE” E “TEMPLE GRANDIN”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Educação da Universidade Estadual da Paraíba – Campus III – Centro de Humanidades, em cumprimento às exigências necessárias para obtenção do título de graduada em Licenciatura Plena em Pedagogia.

Orientador: Profa.Esp. Rônia Galdino da Costa

**GUARABIRA
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732t Lima, Marciely Martins de.

O TEA em meninas [manuscrito] : uma análise comparativa entre os filmes "o nome dela é Sabine" e "Temple Grandin" / Marciely Martins de Lima. - 2019.

47 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Humanidades , 2019.

"Orientação : Profa. Esp. Rônia Galdino da Costa , Coordenação do Curso de Pedagogia - CH."

1. Autismo. 2. TEA em meninas. 3. Análise comparativa. I. Título

21. ed. CDD 371.9

MARCIELY MARTINS DE LIMA

O TEA EM MENINAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS FILMES “O NOME DELA É SABINE” E “TEMPLE GRANDIN”

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Educação da Universidade Estadual da Paraíba – Campus III – Centro de Humanidades, em cumprimento às exigências necessárias para obtenção do título de graduada em Licenciatura Plena em Pedagogia. Sob a orientação da Profa.Esp.Rônia Galdino da Costa.

Aprovada em: 18/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

Rônia Galdino da Costa

Profa.Esp.Rônia Galdino da Costa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aline de Fatima da S. Araújo

Profa. Esp. Aline de Fatima da Silva Araújo (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Débora Regina Fernandes Benício

Profa. M^o. Débora Regina Fernandes Benício (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus por tamanha graça, sabedoria e misericórdia concedidas a mim. A minha família por ter sido meu alicerce no decorrer dessa caminhada. Aos meus amigos e todos que de alguma forma me incentivaram durante minha formação acadêmica. Dedico!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAF	Autismo de Alto Funcionamento.
ADIR	Entrevista diagnóstica para autismo revisada.
ADOS	Programa de observação diagnóstica do autismo.
AVD	Atividades de Vida Diária.
AVP	Atividades de Vida Prática.
CARS	Escala de classificação do autismo em crianças.
CDC	Centro de controle e prevenção de doenças.
DSM	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.
TA	Transtorno Autista.
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.
TEA	Transtorno do Espectro Autista.
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 UM OLHAR SOBRE OS ASPECTOS HISTÓRICOS DOTEA.....	13
2.1 Sinais e sintomas.....	14
2.2 Tipos de autismo.....	18
2.3 Incidência.....	19
2.4 Diagnóstico.....	21
3 RESENHA DOS FILMES: “O NOME DELA É SABINE” E “TEMPLE GRANDIN”	24
3.1 “O nome dela é Sabine”	24
3.2 “Temple Grandin”.....	28
4 ANÁLISE DAS PROTAGONISTAS DOS FILMES “O NOME DELA É SABINE” E “TEMPLE GRANDIN” E UMA COMPARAÇÃO COM O DSM	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46

O TEA EM MENINAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS FILMES “O NOME DELA É SABINE” E “TEMPLE GRANDIN”

Marciely Martins de Lima

RESUMO

O TEA (Transtorno do Espectro Autista) se manifesta de maneira diferente nas meninas, ao contrário dos meninos, elas conseguem “disfarçar” melhor os sintomas desse transtorno. As meninas com TEA tem maior habilidade em copiar o comportamento de outras meninas e tendem a se envolverem quando pequenas em brincadeiras de faz de conta e imaginação com mais facilidade, o que não acontece com os meninos. O presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise comparativa entre dois casos de autismo em meninas retratados em dois filmes: “O nome dela é Sabine” e “TempleGrandin”, confrontando se as manifestações atendem aos parâmetros que o DSM-V determinou como critério de diagnóstico para o TEA. Foi utilizado como metodologia um estudo desses dois casos, analisando o documentário “O nome dela é Sabine” e o filme “TempleGrandin”. Dialogamos com os autores: Silva (2012), Orrú (2012), Rotta (2007), Brasil (2013) e Bosa (2007). Concluimos que, os sintomas apresentados por Sabine e Temple, atenderam positivamente aos critérios que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) estabelece como critério de diagnóstico para o TEA. Por fim, chamamos a atenção dos pais e professores para a necessidade de conduzir seus filhos e/ou alunos a profissionais especializados para assim realizar o diagnóstico nos casos de TEA e serem encaminhados a tratamentos e intervenções adequadas a sua condição.

Palavras-chave: Autismo. TEA em meninas. Análise comparativa.

THE ASD IN GIRLS: A COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN THE FILMS "HER NAME IS SABINE" AND "TEMPLE GRANDIN"

Marciely Martins de Lima

ABSTRACT

The ASD (Autism Spectrum Disorder) manifests itself differently in girls, unlike boys, they can better "disguise" the symptoms of this disorder. Girls with ASD have greater ability to copy other girls' behavior and tend to get involved when small in pretend and imagination pranks more easily, which does not happen to boys. The present work aims to make a comparative analysis between two cases of autism in girls portrayed in two films: "Her name is Sabine" and "Temple Grandin", confronting whether the manifestations meet the parameters that the DSM-V determined as diagnostic criterion for ASD. A study of these two cases was used as a methodology, analyzing the documentary "Her name is Sabine" and the film "Temple Grandin". We dialogue with the authors: Silva (2012), Orrú (2012), Rotta (2007), Brazil (2013) and Bosa (2007). We conclude that the symptoms presented by Sabine and Temple positively met the criteria that the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) establishes as a diagnostic criterion for ASD. Finally, we call on parents and teachers to the need to lead their children and/or students to specialized professionals to make the diagnosis in cases of ASD and be referred to treatments and interventions appropriate to their condition.

Keywords: Autism. ASD in girls. Comparative analysis.

1 INTRODUÇÃO

Até alguns anos atrás os estudos voltados para compreender o Transtorno do Espectro Autista (TEA) eram predominantemente direcionados para o sexo masculino. Essa é uma realidade que vem mudando, o assunto tem ganhado mais força e repercussão. Hoje, diversos pesquisadores ao redor do mundo, dentre eles mulheres com autismo funcional (termo informal antes usado para caracterizar pessoas com autismo consideradas com maior “funcionalidade” ou “habilidades” em realizar atividades do dia a dia, interagir, realizar atividades como ler, escrever, falar ou tomar decisões) e pais de meninas com o mesmo diagnóstico, estão buscando desvendar o cérebro autista feminino.

Com todas essas pesquisas, muito em breve será mais fácil à identificação precoce do TEA em meninas, e assim, tratamentos mais eficazes serão dirigidos às necessidades específicas delas.

O objetivo geral dessa pesquisa é comparar dois casos de autismo, o de Sabine Bonnaire e de Temple Grandin e verificar se eles atendem aos parâmetros que o DMS-V determinou como critério de diagnóstico para o TEA.

Os específicos são: conhecer um pouco mais sobre o autismo; verificar a incidência dos casos de autismo em meninos e em meninas; compreender como é feito o diagnóstico do TEA e quais os critérios que são utilizados para realmente chegar a um diagnóstico; fazer a análise dos casos de Sabine Bonnaire e de Temple Grandin; destacar as principais diferenças entre os dois casos e comparar com o DSM-V.

Foi utilizada como metodologia uma pesquisa qualitativa; um estudo desses dois casos, analisando o documentário “O nome dela é Sabine” e o filme “Temple Grandin” e uma análise comparativa. Dialogamos com os autores: Silva (2012), Orrú (2012), Rotta (2007), Brasil (2013) e Bosa (2007).

Será que o número de casos diagnosticados de autismo é realmente menor em meninas ou os sintomas estão passando despercebidos ou sendo confundidos dificultando assim o diagnóstico? Essa é uma das perguntas que tentaremos responder ao longo dessa pesquisa.

O pouco índice de casos diagnosticados do TEA em meninas tem me chamado bastante atenção e justifica minha escolha pelo tema. Fazendo algumas pesquisas,

conheci histórias de várias meninas e mulheres autistas e acabei me encantando por duas histórias com aspectos bem diferentes dentro do autismo.

A primeira é a de Sabine que desde criança já era diferente de seus irmãos e exigia cuidados especiais, até que por fatores emocionais começou a apresentar traços de um transtorno que, anos depois foi diagnosticado como autismo. Após várias crises e tentativas de tratamento ela foi internada em um hospício, onde viveu por cinco anos. Quando saiu de lá estava 30 quilos mais gorda, com os cabelos raspados e entupida de fortes medicamentos, totalmente dependente.

A segunda é a de Temple Grandin, diagnosticada aos quatro anos de idade. É uma jovem que luta para ter uma vida normal. Apesar de sua condição, chega à universidade, usa sua sensibilidade e habilidade com os animais para criar uma técnica que revoluciona a indústria agropecuária.

Levando isso em conta, quis pesquisar um pouco mais sobre o TEA em meninas e fazer uma ligação entre esses dois casos.

Hipóteses foram levantadas a respeito desse pouco índice de casos diagnosticados de autismo em meninas. Algumas delas são:

- Os diferentes comportamentos apresentados no gênero masculino e feminino podem disfarçar eventuais sintomas do TEA em meninas.
- Uma razão para essa dificuldade na identificação dos sintomas nas meninas está no fato de que os critérios de avaliação foram feitos com base em padrões masculinos.

A relevância deste artigo é a de poder ajudar um número maior de pais de meninas que tem TEA e ainda não foram diagnosticadas, os estudantes interessados em autismo e também profissionais como psiquiatras, psicólogos, neuropsicólogos, fonoaudiólogos, neurologistas, terapeutas ocupacionais, dentre outros.

Esta pesquisa se divide em 5 capítulos. Temos a Introdução como capítulo 1. Um olhar sobre os aspectos históricos do TEA como capítulo 2, onde falamos sobre o que é TEA, o TEA em meninas, sinais e sintomas, incidência e diagnóstico.

No capítulo 3, descreveremos de maneira mais profunda os dois filmes, “O nome dela é Sabine” e “Temple Grandin”, trazendo suas características principais, seus pontos relevantes e abordando a temática do autismo dentro dos dois filmes.

Já no quarto capítulo, faremos uma análise comparativa entre os dois filmes, destacando semelhanças, diferenças, pontos principais, avanços, atrasos, dificuldades.

Contrastando com o que o DSM-V diz sobre o autismo apresentado nas duas meninas para entendermos se elas realmente se enquadram nos parâmetros que o DSM-V determinou como critério de diagnóstico para o autismo. Por último traremos as considerações finais.

2 UM OLHAR SOBRE OS ASPECTOS HISTÓRICOS DO TEA

Precisamos começar ressaltando que, o autismo não é uma doença, e sim uma condição neurológica, marcada por dificuldades no desenvolvimento da linguagem, nos processos de comunicação, na interação e no comportamento social.

Inicialmente foi considerado pelo psicanalista Bruno Bettelheim, como uma doença relacional, com o foco do problema na relação mãe bebê, originando a expressão “mãe geladeira”, e sua causa era associada a fatores ambientais. Porém, essa hipótese relacionada à frieza ou rejeição materna já foi descartada há décadas.

Na atualidade, considera-se o autismo como sendo de ordem multifatorial, com etiologias variadas e de origem neurológica (MOREIRA, 2005).

De acordo com Orrú o autismo é considerado como “Uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas e curso de um distúrbio de desenvolvimento [...], é uma disfunção orgânica e não um problema dos pais [...] e é de ordem biológica”. (ORRÚ, 2012, p.21).

Silva salienta o autismo como sendo de fatores originadores e de desenvolvimento, respaldados nas neurociências, cujo estudo tem demonstrado:

Que indivíduos com autismo aparentam ter dificuldades na área cognitiva de funções executivas. Essas funções são um conjunto de processos neurológicos que permitem que a pessoa planeje coisas, inicie uma tarefa, controle-se para continuar na tarefa, tenha atenção e, finalmente, resolva o problema. (SILVA, 2012, p. 41).

O termo “autismo” passou por diversas alterações ao longo do tempo, e atualmente é chamado de Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). As características do espectro são prejuízos persistentes na comunicação e interação social, bem como nos comportamentos que podem incluir os interesses e os padrões de atividades, sintomas que estão presentes desde a infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário do indivíduo.

Rotta discorre que as “várias patologias associadas com o TEA suportam a hipótese de que as manifestações comportamentais no autismo podem ser secundárias a uma grande variedade de insultos ao cérebro” (ROTTA, 2007, p. 427).

O mesmo autor ressalta que:

Hoje, sabe-se que o autismo não é uma doença única, mas sim um distúrbio de desenvolvimento complexo, que é definido de um ponto de vista comportamental, que apresenta etiologias múltiplas e que se caracteriza por graus variados de gravidade (ROTTA, 2007, p. 423)

2.1 Sinais e sintomas

As pessoas com autismo não apresentam aspecto físico diferente; percebemos as alterações através do seu comportamento. O universo autista é o mesmo de todas as pessoas, porém, como eles sentem e interagem de uma forma diferente, devido à sensibilidade alterada, muitas vezes se isolam socialmente, dando essa impressão de viver em outro mundo.

Para algumas pessoas com autismo o contato físico pode ser muito desconfortável, decorrente de uma hipersensibilidade, aparentando que elas não gostam de carinho. O TEA não faz com que a pessoa deixe de ter sentimentos, mas pode fazer com que ela tenha dificuldade para se expressar.

Por volta de 1943 foi publicado o artigo intitulado: Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo, pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner, residente nos Estados Unidos, médico do departamento de psiquiatria infantil do Hospital Johns Hopkins. Neste artigo ele descreve o caso de onze crianças com quadro de autismo severo, marcado por características de obsessividade, estereotípias e ecolalia bem acentuados. Outra particularidade importante percebida por Kanner em seu estudo foi que o distúrbio afeta a interação da criança com seu ambiente, e pessoas desde o início de sua vida.

Os traços apresentados pelo grupo de crianças observado por Kanner eram, de acordo com Orrú:

Incapacidade para estabelecer relações com as pessoas, um vasto conjunto de atrasos e alterações na aquisição e no uso da linguagem e uma obsessão em manter o ambiente intacto, acompanhada da tendência a repetir uma sequência limitada de atividades ritualizadas. (ORRÚ, 2012, p. 19).

As capacidades sociais apresentadas pelos indivíduos com o TEA são bem diferentes das capacidades de um desenvolvimento considerado típico, pois as pessoas com autismo não apresentam o mesmo tipo de interesse que os demais indivíduos da mesma faixa etária e interagem apenas dentro de sua zona de conforto.

As crianças com autismo tendem a ficar mais isoladas, no canto delas, preferem brincar sozinhas com seus brinquedos e evitam o convívio social.

As pessoas com TEA geralmente podem ser inexpressivas ou apresentar expressões faciais inadequadas ao contexto; não compreendem os limites pessoais; evitam o contato físico, tendo ataques de ansiedade e dificuldades para compreender seus sentimentos e os alheios; apresentam isolamento mental (daí o nome autismo), esse isolamento despreza, exclui e ignora o que vem do mundo externo; possuem uma insistência obsessiva na repetição, com movimentos e barulhos repetitivos e

estereotipados; adotam elaborados rituais e rotinas; têm fixações e fascinações altamente direcionadas e intensas; apresentam escassez de expressões faciais e gestos; não olham diretamente para as pessoas; têm uma utilização anormal da linguagem; apresentam boas relações com objetos.

O transtorno na atual classificação é considerado como uma desordem causada por uma alteração no funcionamento cerebral, sendo, portanto de ordem neurobiológica, configurando uma condição que estará presente ao longo da vida da pessoa, e que se caracteriza por vários graus de deficiência em três áreas: Relacionamento social, Comunicação e Comportamentos repetitivos e inadequados; variando seus sintomas entre leves e severos.

De acordo com Brasil (2013), a partir da década de 70, os sintomas da tríade começaram a ser explorados por uma série de psiquiatras, que possuíam filhos com autismo, incluindo Lorna Wing. Eles começaram a traçar um novo perfil, a etiologia do autismo não mais ocorreria por meio da relação afetiva, e sim por aspectos orgânicos e comportamentais da síndrome.

Entende-se como base da tríade de incapacidades, a dificuldade de socialização. Esse sintoma traz para o indivíduo com TEA, dificuldade de integração ambiental, que ocasiona obstáculos ao desenvolvimento da autonomia e, conseqüentemente, oferece prejuízo na qualidade de vida.

Silva, afirma que:

Pessoas com autismo apresentam muitas dificuldades na socialização, com variados níveis de gravidade. Existem crianças com problemas mais severos que praticamente se isolam em um mundo impenetrável; outras não conseguem se socializar com ninguém; e aquelas que apresentam dificuldades muito sutis, quase imperceptíveis para a maioria das pessoas, inclusive para alguns profissionais. Estas últimas apresentam apenas traços do autismo, porém não fecham o diagnóstico. (SILVA, 2012, p.22).

Há um detalhe universal nas crianças com autismo, o contato social será prejudicado. Esta é uma característica que tem que estar presente para se realizar o diagnóstico, porém a intensidade da manifestação varia de pessoa para pessoa.

Geralmente, crianças entre 2 e 3 meses já observam os rostos próximos, voltam-se para vozes e sorriem. Na questão do autismo, essas ações não acontecem e, por volta de 8 a 10 meses, essas crianças começam a apresentar sintomas como falta de resposta quando chamadas e também falta de interesse para com as pessoas ao redor.

Além disso, muitas crianças autistas possuem dificuldades em participar de brincadeiras que envolvam um grupo, optando por brincarem sozinhas. Também podem

ter dificuldade em interpretar gestos e expressões faciais do outro, o que faz com que o mundo seja um lugar desconhecido para eles.

Os problemas de comunicação englobam atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem, tais como: repetir palavras e frases (ecolalia); inverter os pronomes; dar respostas deslocadas do contexto da pergunta; não responder quando lhe é mostrado algo; não utilizar gesto ou utilizar muito pouco; apresentar fala monótona ou cantada; não compreender as nuances da língua como o sarcasmo, os provérbios ou as frases de duplo sentido.

A linguagem escrita, falada e a não verbal, são constituídas por sinais que emitimos o tempo todo, pela fala, pelos gestos, pelas expressões corporais e faciais. As pessoas com autismo não possuem a mesma capacidade de avaliar estas formas de comunicação que uma pessoa que não possui o transtorno tem. De acordo com a descrição de Bosa:

Os déficits de linguagem seriam uma consequência da incapacidade destas crianças para se comunicarem com outras pessoas a respeito de estados mentais; os distúrbios no comportamento social refletiriam a dificuldade em dar um sentido ao que as pessoas pensam e ao modo como se comportam (BOSA, 2001, p.4).

O mesmo autor continua afirmando que:

As pessoas com autismo experienciam uma sobrecarga sensorial durante a interação social, considerando-se que o ser humano é uma das fontes mais ricas de estimulação simultâneas: tom da voz (estímulo auditivos); expressão (estímulo visual); gestos (estímulo visual periférico) e referência a objetos e eventos ao redor (estímulo visual e auditivo periférico). O retraimento social e as estereotípias seriam formas de fugir dessa sobrecarga. (BOSA, 2001, p. 3).

Em um desenvolvimento considerado normal de uma criança, a aprendizagem das línguas – tanto verbais quanto através de gestos – se dá muito cedo. Um dos primeiros meios de comunicação de um bebê é a fala balbuciada e até o seu primeiro ano, ele já fala uma ou duas palavras.

Por outro lado, algumas crianças com Autismo tendem a não balbuciar, falar e também não aprendem a se comunicar com gestos. Outras, por sua vez, possuem atrasos de linguagem e começam a falar apenas alguns anos depois do que seria o normal.

No autismo, quando a linguagem começa a se desenvolver, a criança pode utilizar a sua voz de uma forma inusitada, ter dificuldade em combinar palavras em frases que possuam sentido ou ainda, repetir a mesma frase várias vezes.

O terceiro componente da tríade autista é constituído pelos comportamentos e focos de interesse pouco comuns, alguns deles são: enfileirar objetos; manipular objetos

da mesma forma; repetidamente por longos períodos de tempo; se interessar por partes específicas de objetos (rodas, cores); ser muito organizado; irritar-se com mudanças, por menores que sejam elas; possuir interesses obsessivos e seguir rotinas de maneira inflexível.

De acordo com Silva (2012), o autista não consegue unificar o mundo percebido como um todo, mas sim o mundo em partes, em pedaços. É a partir dessa concepção de mundo fragmentado, que se pode compreender a característica autista pela necessidade de constância, de uniformidade e de rotina; em estabelecer e manter interesses restritos e limitados; e comportamentos repetitivos, como uma tentativa de se adaptar ao ambiente, organizando-se para torná-lo previsível.

Os movimentos repetitivos são ações involuntárias relacionadas tanto a partes do corpo como também é extensiva a objetos cuja atenção do indivíduo autista repousa durante a manifestação do comportamento.

Silva descreve que:

Os comportamentos motores estereotipados e repetitivos, como pular, balançar o corpo e/ou as mãos, bater palmas, agitar ou torcer os dedos e fazer caretas, são sempre realizados da mesma maneira e alguns pais até relatam que observam algumas manias na criança que desenvolve tais comportamentos. [...] os comportamentos disruptivos cognitivos, tais como compulsões, rituais e rotinas, insistência, mesmice e interesses circunscritos que são caracterizados por uma aderência rígida a alguma regra ou necessidade de ter as coisas somente por tê-las. (SILVA, 2012, p. 39-40).

Comportamentos repetitivos incomuns ou tendência a se envolver em apenas algumas atividades são outros sintomas característicos da tríade. Dentre os comportamentos, podemos destacar ações como bater as mãos, balançar o corpo, reorganizar objetos e repetir sons e palavras.

Quanto à característica das atividades restritas, ela pode ser identificada, por exemplo, quando uma criança faz uma fila de brinquedos de uma maneira muito específica ao invés de brincar com eles. Quando a atividade sai da rota que a criança estipulou previamente, ela normalmente se estressa.

Esses interesses extremos podem se transformar em obsessões, gerando adultos que desenvolvem um interesse muito grande em números, símbolos, datas ou temas da ciência.

2.2 Tipos de autismo

De acordo com o CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças), existiam três tipos de Autismo:

Síndrome de Asperger: É considerada a forma mais leve dentro do espectro autista. Uma de suas características é a tendência a ter uma obsessão por um único objeto e também o interesse demorado por seu assunto preferido, podendo falar sobre o assunto por horas, sem parar. A síndrome afeta três vezes mais os meninos, e quem a desenvolve normalmente possui inteligência acima da média. Por conta disso, alguns médicos passaram a chamá-la de “Autismo de Alto Funcionamento”. Em contrapartida, quando esses pacientes atingem a fase adulta, o risco de desenvolverem depressão e/ou ansiedade é muito alto.

Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: Crianças que possuam um tipo de autismo um pouco mais grave do que a Síndrome de Asperger e um pouco mais leve do que o Transtorno do Espectro Autista são geralmente diagnosticadas com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. Os sintomas desse tipo de transtorno variam bastante, porém, podemos destacar os mais comuns que são: interação social prejudicada; competência linguística razoavelmente superior ao Autismo, mas inferior à Síndrome de Asperger; possuem menos comportamentos repetitivos;

Transtorno do Espectro Autista: Crianças que possuam sintomas mais rígidos do que os citados anteriormente, geralmente possuem o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O funcionamento da capacidade social, cognitiva e linguística é bastante afetado, além de possuírem comportamentos repetitivos.

Outros dois tipos de autismo também são anexados a esses, só que dessa vez pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV).

Síndrome de Rett: Por mais que essas crianças possuam comportamentos muito parecidos com os das crianças com autismo, a Síndrome de Rett não está relacionada ao Espectro Autista. Especialistas dizem que a mutação presente na síndrome acontece de forma aleatória, e em sua maioria, ela afeta crianças do sexo feminino. Suas

características aparecem entre o 6° e o 18° mês da criança, dentre elas estão: parar de responder socialmente; torcer demais as mãos, o que se torna um hábito; perder competências linguísticas;

Transtorno Desintegrativo da Infância: Esse tipo de autismo é o mais grave dentre todos os presentes no Espectro Autista, porém é o menos comum. Cerca de 2 crianças de 100 mil são diagnosticadas com Transtorno Desintegrativo da Infância. Quanto aos sintomas, pode-se dizer que depois de um período de desenvolvimento normal, geralmente por volta de 2 a 4 anos de idade, a criança com esse transtorno perde de maneira brusca as habilidades sociais, linguísticas e intelectuais. Além disso, essas funções perdidas não são mais recuperadas.

Atualmente, o autismo não é mais definido por tipos, e sim por níveis de prejuízos, de acordo com o DSM-V.

Nível 1: Grau Leve (necessita de pouco suporte): Com suporte, pode ter dificuldade para se comunicar, mas não é um limitante para interações sociais. Problemas de organização e planejamento impedem a dependência.

Nível 2: Grau Moderado (necessitam de suporte): Semelhante às características descritas no nível 3, mas com menor intensidade no que cabe aos transtornos de comunicação e deficiência de linguagem.

Nível 3: Grau Severo (necessitam de maior suporte/apoio): Diz respeito aqueles que apresentam um déficit considerado grave nas habilidades de comunicação verbais e não verbais. Ou seja, não conseguem se comunicar sem contar com suporte. Com isso, apresentam dificuldades nas interações sociais e tem cognição reduzida. Também possuem um perfil inflexível de comportamento, tendo dificuldade de lidar com mudanças. Tendem ao isolamento social, se não são estimulados.

2.3 Incidência

Costumava-se pensar que o número de casos diagnosticados de autismo em homens eram bem maiores que a quantidade de casos de autismo nas mulheres, cerca de

3 para 1, mas, atualmente, essa incidência de gênero no autismo está sendo reconsiderada.

Isso aconteceu porque na história da medicina as mulheres já eram excluídas e o mesmo aconteceu com o autismo. Somente o autismo “masculino” típico foi estudado e as mulheres ficaram de fora. Segundo Judith Gould da NationalAutisticSociety, essa proporção seria bem menor. Ou seja, quase não existiria diferença. A partir disso surge a questão: Se essa incidência é tão pequena, como os dados científicos apontaram uma diferença tão grande?

Para entendermos como chegamos aqui, temos que voltar no tempo e entender o contexto histórico da medicina, pesquisa científica e bioética do Século XX. O TEA não é uma doença, mas, durante a maior parte da história, ele foi tratado como se fosse. Portanto, as pesquisas que hoje formam o nosso conhecimento sobre autismo foram conduzidas dentro da lógica do modelo médico de deficiência, no qual o indivíduo deve ser corrigido, tratado, curado.

Durante a Segunda Guerra Mundial, atrocidades e graves violações dos direitos humanos foram cometidas em nome da ciência, pesquisas foram feitas sem o consentimento e a autonomia dos pacientes. Ao fim da guerra, foram estabelecidas regras e princípios para evitar que esses crimes acontecessem novamente, que pacientes se tornassem vítimas de seus médicos. E um dos princípios foi o de evitar que mulheres em idade fértil participassem de qualquer pesquisa clínica. E se ela ficasse grávida durante a pesquisa? E se ocorressem efeitos colaterais na criança?

Com o tempo, os cientistas perceberam que era muito mais simples trabalhar apenas com homens, afinal, o corpo deles é mais constante e não passa pelas variações mensais que as mulheres passam. Eram menos questões a serem consideradas. Além disso, os médicos da época acreditavam que não havia diferenças entre homens e mulheres para além das partes reprodutivas e dos hormônios sexuais.

Dessa forma, ficou implicitamente combinado de que as pesquisas seriam realizadas em homens e os resultados seriam aplicados às mulheres. E foi assim que aconteceu, até que, nos anos 80/90, isso foi questionado. E as evidências científicas demonstraram, finalmente, como as mulheres têm uma anatomia e fisiologia próprias.

2.4 Diagnóstico

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), de 2013, os critérios para que um caso de Autismo seja identificado são:

- Inabilidade persistente na comunicação e interação social que se manifesta através de três características:
 1. Déficit na reciprocidade socioemocional;
 2. Déficit no comportamento não verbal para a interação social;
 3. Déficit no processo de desenvolver e manter um relacionamento.

- Padrões restritos e repetitivos no comportamento e que são manifestados por, pelo menos, dois destes itens:
 1. Fala, movimentos motores ou uso de objetos de maneira repetitiva;
 2. Adesão excessiva a rotinas, rituais verbais ou não verbais ou excessiva relutância a mudanças;
 3. Interesses fixos e altamente restritos que acabam sendo anormais para quem vê de fora;
 4. Hiper ou hiporreatividade à percepção sensorial de estímulos ou interesse excessivo para estímulos senso-perceptivos.

- Entrevista diagnóstica para autismo revisada (ADIR);
- Programa de observação diagnóstica do autismo (ADOS);
- Escala de classificação do autismo em crianças (CARS);
- Escala de classificação do autismo de Gilliam;
- Teste de triagem para transtornos invasivos do desenvolvimento.

É importante lembrar que os sintomas do transtorno se apresentam de maneira heterogênea, isso é, cada criança possui um jeito muito particular de ser. Eles variam intensamente quanto ao grau de comprometimento, associados ou não com deficiência intelectual e com presença ou não de fala.

Não há nenhum exame específico para que o diagnóstico seja realizado. Mas o fator que mais atrapalha o diagnóstico nas meninas, está no comportamento social das

meninas com autismo: de forma diferente dos meninos, elas conseguem disfarçar melhor suas dificuldades sociais com habilidade especial em copiar o comportamento de outras meninas. Essa camuflagem tende a ser mantida durante a vida acadêmica e mesmo mais tarde, no ambiente de trabalho.

Dessa forma, tentam ajustar-se às regras sociais com estratégias mais intelectuais e menos intuitivas. Além dessa habilidade de mímica, as meninas do espectro, diferentemente dos meninos, tendem a se envolver quando pequenas em brincadeiras de faz de conta e se engajar em um mundo de fantasia e imaginação com mais facilidade.

O que acontece com frequência é a interpretação errada de sintomas como ansiedade, problemas alimentares e comportamentos rígidos e repetitivos nas consultas médicas. Assim, muitas meninas atravessam a infância e a puberdade sem saber a real origem de suas dificuldades sociais e sem receber os estímulos adequados para desenvolverem as questões mais desafiadoras.

As meninas, muito comumente, são diagnosticadas com ansiedade, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) ou recebem o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), que devido a seus critérios amplos e subjetivos é identificado de forma rápida e superficial, o que ajuda a mascarar as reais causas dos sintomas relacionados.

Também é bastante comum que se encaixem no perfil de distúrbios alimentares. Essa relação se dá como consequência de vários fatores: a típica aversão a vários tipos de alimentos, a ansiedade, medo de crescer e sair de perto dos pais, dificuldade em aceitar as mudanças no corpo e busca por mais aceitação social na adolescência.

O fato de autistas usarem áreas diferentes do cérebro para processar informações sociais como gestos e movimentos oculares não se aplicam entre meninas. O que já puderam perceber é que meninas do espectro apresentam atividade cerebral reduzida, com relação a garotas típicas, em áreas relacionadas à socialização. Mas em um nível que, em meninos, poderia ser considerado dentro da curva da normalidade.

Existem também evidências de que em meninas o fator genético é mais forte, mas nenhum desses fatores foi comprovado ainda. A boa notícia é que o assunto tem emergido com mais força e tem ganhado mais repercussão. Essa nova perspectiva irá facilitar, muito em breve, identificação precoce e, assim, tratamentos mais eficazes e dirigidos às necessidades específicas das meninas.

Como o Autismo é um transtorno que afeta a linguagem e a interação social, a criança que o possui precisa ser analisada por um grupo de pessoas e profissionais que convivem com ela, incluindo pediatras, psicólogos, professores e os pais.

Para se realizar o diagnóstico do TEA, faz-se necessário avaliar o caso por uma equipe multidisciplinar capacitada, pois é uma tarefa difícil de ser realizada por não haver um exame clínico que o identifique.

Petersen & Wainer discorrem que:

Para identificar os critérios diagnósticos para o autismo é preciso possuir experiência e especialização, pois eles apresentam um alto grau de especificidade e sensibilidade em grupos de diversas faixas etárias e entre indivíduos com habilidades cognitivas e de linguagem variadas (PETERSEN & WAINER, 2011, p.87).

O diagnóstico é realizado baseando-se na tríade autista, ou seja, contempla as áreas da interação social, comunicação e comportamentos restritos.

Acrescenta Petersen & Wainer, que:

A avaliação diagnóstica de crianças com suspeita de autismo deve compreender uma observação dos comportamentos desviantes em comparação com aqueles presentes no curso normal do desenvolvimento infantil, em especial nas dimensões de orientação e comunicação social, e não ser apenas uma checagem da presença ou ausência de sintomas (PETERSEN & WAINER, 2011, p.87).

Dessa forma, a avaliação deve ser feita por profissionais que averiguem se a criança adquiriu ou está adquirindo as competências pertinentes a sua faixa etária. Profissionais que conheçam o desenvolvimento típico e fases de desenvolvimento apresentados pela média da população.

A avaliação apresenta traços mais complexos, pois ela não se baseia somente na análise comportamental, é aprofundada através da avaliação diagnóstica integral, que consiste em uma revisão do comportamento e do desenvolvimento da criança, realização de entrevista com os pais, exame de audiometria, genético, neurológico, entre outros.

Diagnosticar o autismo pode, literalmente, mudar a vida de uma pessoa. Mesmo que você não tenha um diagnóstico em sua família, saber sobre essa síndrome vai te ajudar, a saber, a forma correta de lidar com uma pessoa autista.

3 RESENHA DOS FILMES: “O NOME DELA É SABINE” E “TEMPLE GRANDIN”

3.1 “O Nome dela é Sabine”

O filme “O nome dela é Sabine (Elles’appelleSabine)”, dirigido por SandrineBonnaire (França/2007), apresenta registros da trajetória de vida de Sabine, irmã de Sandrine. Recortando cenas de filmagens familiares e de imagens da irmã, captadas nos anos de 2006 e 2007, Sandrine nos apresenta uma narrativa que nos faz refletir sobre questões que atravessam a experiência dos sujeitos nas instituições.

São abordados no filme, momentos anteriores e posteriores à internação de Sabine, no hospital psiquiátrico. Sabine tem aproximadamente 28 anos de idade na época, e é internada na unidade de doentes considerados difíceis do hospital psiquiátrico Paul-Guiraud, em Villejuif, e no Hospital Murets, onde é diagnosticada com um quadro de psicose infantil com comportamentos autísticos. As cenas mostradas após a saída de Sabine do hospital psiquiátrico foram captadas em uma residência terapêutica (cente d’accueil) onde ela passa a viver na época, em Charente.

O filme compreende cenas de um período de aproximadamente 25 anos da vida de Sabine contada por Sandrine. A primeira cena que aparece no documentário é a de Sabine adolescente: seus cabelos são longos, o olhar é frequentemente dirigido para a câmera, o corpo semelhante ao de outras adolescentes. Vê-se ali uma garota em cujo olhar estampa-se o sofrimento, sem dúvida, mas também uma enorme vontade de viver. Em seguida, o documentário exibe uma cena de Sabine na residência terapêutica, tendo em torno de 38 anos. Seus movimentos são lentos, os cabelos cortados bem curtos, a boca quase sempre aberta, o corpo expressivamente fatigado. Sabine é outra, gorda, insegura e sempre cansada.

Quando criança, Sabine já era diferente e exigia cuidados especiais. Nesta época, falava-se muito pouco sobre autismo e ainda menos de diagnóstico. Com 28 anos, ela foi internada em um hospital psiquiátrico. Ela ficou lá por 5 anos. Depois que ela saiu, suas habilidades foram diminuídas.

Sabine é um ano mais nova do que Sandrine, e como muitas famílias, seus pais não conseguiram identificar sua condição. Sandrine relata que o comportamento especial de sua irmã nunca a impediu de compartilhar as brincadeiras. Ela ia durante o dia a uma escola para crianças consideradas “anormais”, como eram chamados naquela

época. Sabine tinha muitas habilidades ela aprendeu muitas coisas além de ler e escrever.

Quando tinha cerca de 12 anos, seus pais a matricularam na mesma escola que seus irmãos, mas a diferença se destacou, e ela foi rapidamente apelidada pelas crianças de “Sabine louca”. Os insultos fizeram com que ela ficasse violenta com ela mesma, ela mordida as mãos, arranhava o rosto e se despia no pátio da escola. Depois de alguns meses, ela não estava mais na escola. Por causa da falta de estruturas adaptadas, ela nunca mais saiu de casa novamente. Durante esses anos, Sabine foi muito criativa, ela fez belas bonecas de pano e tricou suéteres para toda a família.

Com o dinheiro da sua pensão, ela mesma comprou livros de inglês e geografia, que ela cuidadosamente estudava por horas no seu quarto. Ela tinha uma paixão pela música e sua irmã lhe comprou um piano. Ela teve algumas lições com um professor que ia a sua casa e em pouco tempo ela podia tocar Schubert, Bach, e compôs uma melodia que ela chama de “O caminho da França”. Sabine esteve muito perto de seus irmãos. Mas, passo a passo as circunstâncias da vida os fazem deixar a casa da família. Ela ficou sozinha com sua mãe na região de Paris.

Seus irmãos a visitavam frequentemente e muitas vezes organizavam passeios para ela. Sandrine convenceu sua mãe que Sabine podia pegar o trem para que ela fosse a visitar em Paris. Sabine tinha autonomia, podia ir a lugares sozinha, ela ainda dirigia uma scooter. A visita de suas irmãs era frequente e eram boas para ela. Ela era alegre, cheia de vida. Às vezes, ia a viagens com suas irmãs, e um dia Sandrine tornou seu sonho realidade: conhecer a América.

Em 1996, após a morte do irmão mais velho, sua mãe se mudou de Paris. Para Sabine, a separação de seus irmãos acrescentou-se ao trauma emocional. As visitas eram menos frequentes, ela se sentia abandonada e passo a passo, sua condição se deteriorou. Ela se tornou violenta e começou a cuspir. A violência que sentia contra si mesma se volta contra a sua mãe, até que em um surto ela puxou o cabelo de sua mãe e deu um soco no seu rosto.

Ela destruiu tudo o que mais amava, e rasgou as fotos de suas viagens. Suas irmãs decidiram levá-la por um tempo, para que ela pudesse construir confiança de volta e, a fim de aliviar a sua mãe. Mas Sabine continuou violenta, ela desestabilizou a vida familiar de suas irmãs e assustou seus sobrinhos. Tomaram a decisão de mandá-la para um hospital psiquiátrico para ter a opinião de um médico.

Sabine primeiro foi internada por 15 dias, foi dada uma medicação leve e ela foi liberada sem qualquer diagnóstico preciso. Suas irmãs se convenceram de que o hospital não era o lugar para ela. Mesmo não sabendo ainda do que ela sofria, elas começaram a procurar um centro especializado. Bateram em todas as portas, mas, devido à falta de espaço, ela não foi aceita em nenhum lugar.

Na ausência de uma solução, alugaram um apartamento em frente ao de Sandrine e Sabine se mudou para lá com 2 enfermeiros. Depois de alguns meses, o pessoal contratado desanimou e Sabine voltou para o hospital. Ela ficou lá 5 anos. No hospital, a ansiedade de Sabine aumenta, ela bate a cabeça contra a parede, contunde seu crânio e mutila a si mesma. Ela fica trancada, mantida em uma camisa de força e a ela é dada altas doses de neurolépticos. Incapaz, com incontinência e com trinta quilos a mais, ela treme e baba. Sua memória diminuiu fortemente e ela não sabe mais como limpar a si mesma.

Em 2011, suas irmãs ouviram falar de um centro em Charente. Onde obviamente, não havia espaço para Sabine. Sandrine se encontrou com o diretor, que estava lutando para abrir um novo abrigo, combinando sua notoriedade com a perseverança do diretor, levou mais de um ano para obter a ajuda necessária para criar este lugar, onde Sabine finalmente foi diagnosticada. Ela sofre de psicose infantil com comportamentos autistas.

Esta casa e os cuidados prestados lhe dão confiança e a fazem se sentir segura. Sua medicação foi reduzida pela metade. Ela está começando a aproveitar a vida novamente, embora a maioria de suas habilidades tenham sido prejudicadas. Sandrine termina o filme com alguns questionamentos: As consequências de sua internação são reparáveis? É a degradação de suas capacidades inerentes à sua doença? Será que ela vai ser capaz de viver novamente um dia sem medicamento? Este vai ser um dia possível para que eu possa viajar novamente com minha irmã?

O diagnóstico de Sabine é apresentado à família em um momento posterior à internação no hospital psiquiátrico. Laurent ressalta uma função que esse diagnóstico parece ter adquirido para a família e que merece ser observada:

O significante com o qual Sandrine se pode confrontar, diante da terrível evolução de sua irmã, que funciona na família como um tipo de duplo de si mesma, é pobre, mas suficiente. Sabine é diagnosticada de “psico-infantil, com condutas autísticas”... A passagem de psicose infantil a psico-infantil permite a introdução de um significante novo: Autismo. (LAURENT, 2008, p. 2-3).

Quando Sabine é recebida na residência terapêutica ela é diagnosticada como autista, e de fato esse diagnóstico parece esclarecer para todos os comportamentos dela. Sua médica relata que, Sabine chega à residência muito fechada em si mesma, bastante desconfiada em relação aos outros, angustiada e tem episódios de mutismo constantemente.

Embora o filme estabeleça a passagem pelo hospital psiquiátrico como marco divisório entre as duas condições de Sabine, é interessante destacar o que é rapidamente narrado a respeito de sua inserção escolar. Sandrine nos conta que Sabine frequentou uma escola especializada, onde aprendeu a ler e a escrever, e que sua entrada na escola comum - onde seus irmãos também estudavam - foi uma experiência aterrorizante para a irmã, tornando assim, impossível a inserção de Sabine em qualquer outra escola na adolescência.

Entretanto, a educação de Sabine não se resume de modo algum ao período escolar. Além do que ela aprendeu em casa após sua passagem pela escola comum, podemos destacar também um processo de aprendizagem a partir das atividades desenvolvidas na residência terapêutica. Sabine é convidada pelos educadores a participar das atividades orientadas de jardinagem e de cuidado dos animais. Ela acompanha essas atividades institucionais, e as cenas nos transmitem bastante esforço da parte dela para cumprir o que lhe é pedido, ela parece fazer bastante esforço para realizar o que seria o mínimo, em uma espécie de adaptação à vida para sobreviver, como bem ressalta sua médica, em um dos depoimentos documentados.

As Atividades de Vida Diária e de Vida Prática, conhecidas como AVDs e AVPs, marcaram e marcam a rotina de muitas instituições especializadas, como uma forma de tornar os sujeitos mais ativos e de trabalhar sua autonomia. Porém, é preciso cuidado para que não se tornem apenas uma simulação artificial de uma vida comunitária, deixando de ser algo que ajude na autonomia do sujeito e passando a ser apenas uma debilitação do sujeito, como algumas cenas do filme deixam transparecer. Essas cenas contrastam com a espontaneidade de Sabine na piscina pública, quando brinca e joga com a educadora que a acompanha.

Em relação à maneira de lidar com sua irmã, Sabine é sempre relativa a um apelo para assegurar-se de que Sandrine iria estar sempre presente. Isso torna muito nítido e claro o efeito da lacuna da separação da irmã, e como consequência disso a reivindicação pela permanência de Sandrine ali, que chega a ser desgastante. Sabine não

interage tanto com a irmã, pois não resta tempo para isso, ela está sempre ocupada demais em perguntar se a irmã volta logo ou se a irmã vai ficar com ela.

O filme é marcado por instantes de interação entre as irmãs. Assim, Sandrine dirige uma pergunta a Sabine: “O que é o amor para você?”. E ela responde: “Isso me faz bem!”. Sabine conta a sua irmã que terá um marido bombeiro, que ela ainda não conhece e que terá dois filhos: Camille e Antoine. E acrescenta: “Eu não baterei nos meus filhos.” Em outra ocasião, quando se prepara para uma saída, Sabine pede a Gladys (uma das educadoras): “Você pode passar perfume em mim para agradar Sandrine?” Gladys a responde: “Também é importante você agradar a você mesma”. Sabine afirma: “Eu sou bela!”.

No final do filme, Sandrine propõe que Sabine assista as cenas que foram filmadas durante a viagem delas para Nova Iorque. Na primeira tomada, vemos apenas Sabine diante da câmera. Ela emite sons opacos, emociona-se e diz algumas frases, como: “Nesse tempo eu morava com mamãe... tinha os cabelos longos”. Chora enquanto diz isso e completa: “Isso me faz chorar de alegria”. Em uma das cenas de Sabine adolescente, ela olha fixamente em direção a câmera e é nesse exato momento que a Sabine encontra a Sabine adolescente e as duas se olham por alguns segundos. Ao terminar de assistir, Sabine pede para que Sandrine coloque novamente a fita com as cenas para que ela possa ver mais uma vez.

Mas, o que mobilizaria tanto Sandrine ao ponto de tornar público esse fracasso familiar, escolar, hospitalar, social nos cuidados de sua irmã?

Não é difícil destacar as várias razões que tenham levado Sandrine ao ato de tornar público e compartilhar tanto o enigma de Sabine, quanto o modo de tratá-lo: sensibilizar o espectador a respeito das dificuldades que os sujeitos considerados “diferentes” e suas famílias passam; esclarecer as falhas e lacunas existentes nas políticas públicas; e aumentar a visão crítica diante da existência de diferentes formas de tratamento em clínicas terapêuticas.

3.2 “Temple Grandin”

O filme relata a vida de Temple Grandin, uma garota com autismo. Temple nasceu em 29 de agosto de 1947, sendo a primeira de quatro filhos. Sua mãe Eustácia, tinha 19 anos quando ela veio ao mundo e percebeu que, depois que a bebê completou 6 meses de vida, ficava rígida quando a pegava no colo e, à medida que foi crescendo, apresentava comportamentos diferentes das outras crianças.

Ao levá-la a um especialista por volta da década de 1950, ela recebe o diagnóstico de autismo. Os sintomas que a menina apresentava eram típicos dessa síndrome: aos quatro anos ainda não falava, tinha dificuldade de comunicação, às vezes ficava perdida em seu “mundo interno”, tinha acessos de raiva, apresentava comportamentos repetitivos como girar sem parar, entre outros. Nitidamente surpreendida com a notícia, a mãe de Temple recebe explicações de que essa desordem teria sido ocasionada por restrições afetivas por parte dela.

Mesmo sendo dito a Eustácia que sua filha deveria ser internada em uma clínica psiquiátrica e que ela não poderia conviver em sociedade, ela insistiu em matricular sua filha em uma escola regular.

Temple, como característica dos autistas, era muito visual, e realizava bem trabalhos manuais como as atividades de artes e costura, mas não se saía bem nas outras matérias. Seus acessos de raiva ocorriam em resposta às provocações de outros alunos e acabaram causando sua expulsão da escola em que estudava.

Ela é estimulada intensivamente pela mãe e subsequentemente é matriculada em uma escola menor, a Mountain Country School, que era para crianças superdotadas e, além de possuir matérias regulares, possuía cavalos, áreas verdes, lagos, entre outras atividades para canalizar a energia de Temple.

Nessa escola, conheceu o Sr. Carlock, que enxergava o potencial por trás do comportamento impulsivo de Temple. Ele ajudou a canalizar suas obsessões, típico sintoma do autismo, em algo produtivo, como desafiá-la a reproduzir o Quarto Distorcido de Ames, um espaço que criava a ilusão de que dois indivíduos de mesma altura possuíam alturas diferentes, o qual ela conseguiu reproduzir algum tempo depois.

Após concluir o ensino médio ela é levada para a fazenda de sua tia Ann no Arizona, com o intuito de integrar a jovem com o campo. Lá inicia seu primeiro contato com animais, que influenciariam sua vida e carreira. O brete de contenção de bovinos a fez observar e buscar entender de forma peculiar como eles se mostravam calmos ao serem imobilizados para receberem vacinas. Isso a inspirou na construção de um aparelho para si própria na tentativa de se refugiar de seus frequentes ataques de pânico. Esse dispositivo a pressiona e imobiliza, gerando uma sensação de tranquilidade decorrentes da sua inabilidade no relacionamento social, o que foi chamado de máquina do abraço: um brete para humanos, a fim de exercer pressão sobre sua pele para ajudá-la a lidar com sua hipersensibilidade ao toque e seus ataques de pânico.

A pressão da máquina controlada por ela ajudaria a lidar com a situação de toque humano, ajudando a melhorar o seu contato com as pessoas. Mesmo com a oposição do psicólogo da escola e de sua mãe, Temple construiu a máquina e usou-a para benefício próprio e de outras pessoas, pois, após testes, ela foi disponibilizada em alguns institutos para ajudar na terapia de autista.

Na fazenda de sua tia, Temple descobre mais uma obsessão: bretes e manejo de gado. Após observar o tratamento do gado para o abate em um matadouro, ela elaborou estruturas para que o gado percorresse um caminho curvo ao invés de uma reta, para que não ficasse tão assustado, não só para o abate, mas também para ser vacinado e marcado.

Nas palavras de Temple: “Descobri que, ao encostar minhas mãos num animal que esteja na fila em Beefland (abatedouro), consigo sentir o quanto ele está nervoso. Às vezes, tocar o animal já basta para acalmá-lo. Muita gente diz que, já que vão ser abatidos, não é preciso ser delicado com eles. E a minha resposta é a seguinte: e se a sua avó estivesse morrendo num hospital? O que você acharia se um médico dissesse que ela era apenas um paciente terminal, e que podia ser jogada num canto?”

Seus familiares percebem suas notáveis habilidades, e ela é muito incentivada para seguir os estudos na universidade, iniciando uma trajetória marcada por intensas dificuldades no ambiente acadêmico. Seu modo diferente de ver e entender o mundo a obriga a desenvolver estratégias para superar obstáculos até concluir seu PHD em engenharia agropecuária, quando revoluciona os métodos de manejo do gado e torna-se uma respeitada especialista no assunto.

O diagnóstico de autismo recebido por Temple é abordado como tendo sido feito de forma objetiva e clara. Em apenas algumas consultas é identificada a síndrome e comunicado à mãe como autismo grave, porém a própria Temple em entrevistas posteriores destaca a dificuldade no diagnóstico correto quando se trata de autismo. As confusões a respeito do conceito de autismo não são atuais, mas atravessam décadas. Historicamente esse transtorno já foi conhecido como psicose atípica, psicose borderline, psicose infantil precoce, psicose simbiótica, esquizofrenia infantil, esquizofrenia infantil precoce, afasia expressiva, afasia receptiva entre outros (LAUFER; GAIR, 1969).

Compreende-se que Temple Grandin recebeu o diagnóstico categórico de Transtorno Autista (TA). A razão para tal é o preenchimento pleno dos critérios para

TA, contido no DSM-IV, não sendo mais bem explicada por outra categoria diagnóstica desse mesmo manual.

Além disso, ao considerar sua história de vida, observa-se a ausência de atrasos importantes no desenvolvimento cognitivo, bem como no desenvolvimento de habilidades de autoajuda apropriadas a idade. Por exemplo, Temple alcança um nível superior de escolaridade, além de mostrar independência na realização da maioria das atividades de vida diária.

Por essa via, o diagnóstico de autismo poderia ser confundido com o diagnóstico de Transtorno de Asperger. Porém, a ocorrência de um atraso significativo da linguagem (isto é, palavras isoladas usadas aos dois anos e frases comunicativas usadas aos três anos), bem ilustrada no filme, a distingue definitivamente do Transtorno de Asperger.

Caso a abordagem da avaliação considerasse prioritariamente o ponto de vista dimensional do autismo, Temple poderia receber o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, mais especificamente Autismo de Alto Funcionamento (AAF). Tal denominação se justificaria por Temple apresentar um desenvolvimento cognitivo superior, compreensão e expressão verbais preservados, assim como a existência de ilhas de habilidade, como é o caso da memória visual. Este perfil de desenvolvimento situa no extremo mais alto do espectro do autismo, em contraponto àquelas pessoas com autismo que não possuem estas habilidades tão desenvolvidas, comumente chamadas de Autismo de Kanner.

Por fim, não importa a terminologia empregada para caracterizar tal condição. O que realmente merece uma atenção maior é a forma como essas pessoas se constituíram como sujeitos, e que habilidade e dificuldades especificamente as impedem de aprender e se desenvolver socialmente. No caso de Temple, interessam aos pais, cuidadores, educadores e profissionais da saúde identificar suas ilhas de habilidade.

As especificidades do caso de Temple, infelizmente, não são frequentes quando tomamos epidemiologicamente a população de pessoas com autismo, principalmente nas questões pertinentes à inteligência e ilhas de habilidade.

Uma preocupação importante é a de que a ênfase postada nas habilidades acadêmicas e mecânicas de Temple Grandin, destacadas no filme, possam reforçar no telespectador leigo a noção equivocada de que pessoas com autismo são extremamente inteligentes. Este estereótipo popular do autismo parece ter sido historicamente

construído através da generalização daquelas habilidades presentes em casos de autismo de alto funcionamento, associada a informações equivocadas.

A mídia tem se ocupado há algum tempo em destacar as habilidades especiais em casos de autismo, retratado, por exemplo, nos filmes *Rain Man* (1988) e *Código para o Inferno* (1998). Aqui os protagonistas possuem habilidades superiores como contar palitos ou cartas com notável destreza, decifrar códigos complexos e resolver problemas de ordem lógica com rapidez e facilidade.

Contrastando com o filme *Temple Grandin*, parece haver uma mudança neste último quanto à forma de apresentação das características do autismo, equilibrando a presença de algumas habilidades com as dificuldades. É mostrado mais claramente que apesar da extrema habilidade para identificar padrões de comportamentos em animais, capacidade para desenvolver dispositivos inovadores para abate de gado, entre outras, sua trajetória é permeada por muito sofrimento, derivado em grande parte de suas dificuldades sociais e sensoriais. Um dos principais objetivos desse filme é justamente contribuir para uma descaracterização de um estereótipo historicamente associado ao autismo, apresentando a síndrome de um modo mais fiel à realidade.

Devido ao seu estilo cognitivo diferente, Temple percebe detalhes pequenos e sutis que passam de modo imperceptível pelas demais pessoas. É o caso das incríveis deduções sobre o padrão de comportamento das vacas ou a lembrança das variedades de sapatos vistos anteriormente.

De fato, quando perguntada se lembrava de todos os sapatos que já vira, Temple inicia a descrição detalhada de uma lista interminável, revelando uma memória prodigiosa. Beate Hermelin e Neil O'Connor (HERMELIN; O'CONNOR, 1970) investigaram a memória em pessoas com autismo através de teste cognitivos entre os anos de 1964 e 1970. Os autores ofereceram uma série de palavras a serem memorizadas por pessoas com autismo e sem autismo para depois serem repetidas ao examinador.

Os resultados mostraram a tendência natural das crianças sem autismo em memorizar e repetir maior número de palavras quando estavam organizadas com significado (ex.: as-crianças-foram-ao-parque-alimentar-os-gansos) do que quando se apresentavam de modo aleatório (ex.: qual-olhar-folha-é-navio-nós). Por outro lado, as crianças com autismo repetiam o mesmo número de palavras nos dois casos, independente do significado implícito.

Compreende-se a partir disso que o significado de uma mensagem não é tão relevante para pessoas com autismo quanto para pessoas sem autismo, ou seja, no autismo não há a estratégia de condensar elementos em torno de um todo coerente. Ao contrário, nesses casos parece haver menor atenção à estrutura global dos padrões do que aos pequenos elementos isolados em si, os quais são lembrados com maior facilidade.

Podemos tomar outro exemplo no filme quando Temple é solicitada a ler o trecho de um livro para seus colegas em uma aula de francês, em que se destacam suas diferenças tanto pela forma de ler quanto pela aprendizagem do seu conteúdo.

A leitura é realizada por meio de sua excelente memória, bastando olhar brevemente a página para relatar verbalmente todo o seu conteúdo para o professor. Porém, como vimos anteriormente, a leitura não é guiada prioritariamente por significados, mas codificada como se fosse uma lista de palavras isoladas entre si, logo ocorre o primeiro problema de interpretação da leitura. Temple lê e compreende a palavra francesa *Ils* (eles) como se fosse a palavra inglesa *Eels* (enguias), porque ambas são pronunciadas da mesma forma. Consequentemente, seu entendimento sobre o texto é distorcido, produzindo comentários inadequados (porque existem tantas enguias na França?), gerando sua ridicularização por parte dos colegas.

De fato, esta cena não é um privilégio que ocorre exclusivamente com Temple. A literatura vem mostrando que grande parte dos jovens com Autismo de Alto Funcionamento ou Síndrome de Asperger são vítimas de bullying na escola e em ambientes sociais.

A sucessão destes eventos sociais vexatórios, como o descrito acima, conduz Grandin a um quadro de extrema ansiedade e angústia, ao que desenvolve uma maneira também muito peculiar para acalmar-se: a máquina do abraço. Como já foi citado, o dispositivo foi concebido, projetado e desenvolvido por Temple em 1965 para aliviar a ansiedade e tensão em pessoas com hipersensibilidade, especialmente pessoas com autismo. Conforme sua criadora, a máquina do abraço visava simular a sensação física de um abraço, limitando o espaço e pressionando o corpo para gerar uma sensação de bem-estar e tranquilidade.

Para Temple, por exemplo, o contato físico direto com outras pessoas consistia em uma experiência sensorial extremamente desagradável, praticamente insuportável. A protagonista também contribui para o entendimento da influência das alterações sensoriais sobre o comportamento no autismo através de relatos detalhados de suas

experiências em diversas situações no seu livro de 1996, intitulado “Uma menina muito estranha” (GRANDIN; SCARIANO, 1996).

Aqui é importante destacar que a interpretação popular correntemente associada ao comportamento de esquiva por hipersensibilidade sensorial de que a tendência de evitar o toque é indicativa de ausência de afetividade. Tal assunção, conseqüentemente, leva a crença de que pessoas com autismo não são afetivas, ou seja, incapazes ou com muita dificuldade para lidar com o afeto (HUMPHREY, 2008; SINGER, 1999). Ora, se estamos aqui tentando definir os comportamentos no autismo como uma diferença, um estilo cognitivo diferente e não como uma falta, parece razoável pensarmos que estas diferenças se expressam não só na área cognitiva como também na afetiva, através da forma peculiar de expressar afeto.

Trata-se de um equívoco comum condicionar a mobilização ou não de afeto à presença ou não de determinados comportamentos sociais que convencionalmente representam a afetividade, como um beijo ou um abraço. Uma pessoa com autismo pode não tolerar contato físico por diversas razões diferentes. A esquiva da criança em resposta à iniciativa de um beijo por outrem, toques ou mesmo apertos de mão, podem representar, sobretudo, pouca tolerância às trocas sensoriais recíprocas. Alterações sensoriais como a hipersensibilidade tátil, por exemplo, tendem a interferir na forma como ocorrem estes comportamentos por nós compreendidos como sinônimos de afeto.

Depois de se formar, Temple faz mestrado e doutorado em Zootecnia, buscando melhorar o manejo animal em fazendas e abatedouros. Escreveu diversos artigos na área e dá palestras pelo mundo. Ela diz que o apoio da família, de professores e da equipe de profissionais que a acompanhou em seu desenvolvimento foi primordial para que pudesse ter uma vida adulta independente.

O filme sobre a vida de Temple Grandin (2010) foi tomado aqui como uma ilustração contemporânea do autismo. Diversos aspectos apresentados parecem diferenciar-se da caracterização do autismo em filmes anteriores, principalmente nos fatores de inteligência e dificuldades sociais. As habilidades superiores nas áreas acadêmicas, visuoespacial e mecânica são contrastadas com as persistentes dificuldades na área social, descrevendo a personagem como dotada de um perfil cognitivo irregular e diferente.

A ideia de que o autismo constitui uma forma diferente de ver e interpretar o mundo implica no entendimento de que este grupo de pessoas tem muito a nos ensinar

sobre desenvolvimento e variabilidade humana, bastando nos disponibilizarmos legitimamente a conhecê-lo.

4 ANÁLISE DAS PROTAGONISTAS DOS FILMES “O NOME DELA É SABINE” E “TEMPLE GRANDIN” E UMA COMPARAÇÃO COM O DSM-V

O autismo se manifesta de maneira bem diferente nas meninas, e até entre elas percebe-se diferenças entre um caso e outro. Analisaremos o caso de SabineBonnaire e de TempleGrandin, destacando suas características, semelhanças, particularidades e diferenças; confrontando com os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo DSM-V.

DIFERENÇAS ENTRE OS CASOS

SABINE BONNAIRE	TEMPLE GRANDIN
Diagnóstico errôneo e tardio;	Diagnóstico preciso e precoce;
Tratamento inadequado;	Tratamento correto;
Perca de suas habilidades cognitivas;	Avanços significativos em todas as áreas;
Tinha acessos de raiva constantes;	Aprendeu a controlar seus acessos de raiva;
Consegue ter mais contato físico;	Hipersensibilidade;

Um dos pontos cruciais que diferencia as duas autistas é a forma com que elas foram diagnosticadas. Enquanto Sabine foi diagnosticada tardia e erroneamente, Temple foi diagnosticada precocemente e com precisão.

O desconhecimento dos profissionais acerca do autismo, além de levar a diagnósticos tardios pode afetar a sociedade como um todo, gerando preconceito e julgamentos equivocados, que acabam por prejudicar a vida das famílias e destas crianças (ANDRADE & RODRIGUES, 2010). A dificuldade de diagnóstico tem como consequência um atraso na busca dos recursos necessários ao atendimento e educação da criança.

Notamos aí o quanto é importante o diagnóstico precoce e correto, e o como a falta de preparo de alguns profissionais podem afetar diretamente a vida de uma pessoa. Paralelo a isso, vemos o quanto o preparo e um olhar mais atencioso de profissionais especializados pode fazer com que alguém que teria tudo para ser uma pessoa dependente (pois naquela época era bem mais raro o diagnóstico de autismo em meninas) se torne independente e cresça em todos os âmbitos.

O correto diagnóstico precoce de autismo é importante para o planejamento, à previsão e utilização de serviços médicos e educacionais e a escolha de programas de intervenção e aconselhamento (ALBORES-GALLO, 2008). Consideramos que o diagnóstico precoce é importante porque propicia que a criança autista seja encaminhada o mais cedo possível para terapias e centros educacionais especializados, o que certamente resultará em melhores condições para seu desenvolvimento. Quanto mais precoce for a identificação do autismo, mais cedo será a intervenção e melhor será o prognóstico.

Partindo desse pressuposto, podemos destacar avanços e atrasos no caso de Sabine e Temple. Sabine, por ter sido diagnosticada de forma errada não recebe tratamento adequado e regride muito, ela perde suas habilidades cognitivas, porém, depois do diagnóstico certo (mesmo que tardio) ela passa a ter uma qualidade de vida mais adequada a sua condição e avança aos poucos em algumas áreas, mas, outras áreas cognitivas foram totalmente afetadas. Temple tem avanços significativos em todas as áreas, mas, como qualquer pessoa com TEA ela tem seus atrasos, como é deixado bem claro quando se fala em atraso de linguagem durante o filme.

Matson defende que a criança com TEA está sujeita a atrasos no desenvolvimento motor, com déficits nas habilidades motoras tanto grossa como fina; esses atrasos são evidentes precocemente na vida da criança e devem ser alvo de tratamento em programas de intervenção precoce.

Além dos fatores relacionados à criança, há também os fatores ambientais que podem influenciar seu desenvolvimento, entre os quais os mais importantes são a idade em que a criança começa a frequentar ambientes sociais, o nível de estresse familiar com que convive e a habilidade dos pais em disciplinar seus filhos. Esses fatores estão diretamente relacionados à família e, portanto, os programas de intervenção devem oferecer maior apoio à família de crianças com TEA, a fim de reforçar seu desenvolvimento.

Uma diferença entre Temple e Sabine, é que Temple aprendeu desde cedo a controlar seus acessos de raiva, Sabine, ao contrário, não sabia lidar com seus acessos constantes de raiva e acabava se mordendo, se batendo e até machucando pessoas a sua volta, inclusive sua família. Nas duas garotas o desenvolvimento social é perturbado, diferente dos padrões habituais, especialmente o desenvolvimento interpessoal, pois elas interagem de forma estranha, fora dos padrões habituais.

A hipersensibilidade é bastante presente em um desses dois casos. Temple tem esse sintoma bem mais forte que Sabine que praticamente não apresenta. Temple traz em sua autobiografia diversos relatos a respeito da sua hipersensibilidade e atribui vários comportamentos inadequados quando criança por conta das dificuldades sensoriais.

Minha audição é como ter um aparelho auditivo no controle de volume emperrado no “super alto”. É como um microfone aberto que capta tudo. Eu tenho duas escolhas: ligar o microfone e deixar o som vir como uma avalanche, ou desligá-lo. Mamãe informou que algumas vezes eu agia como se fosse surda. Testes de audição indicavam que minha audição era normal, eu não poderia modular a estimulação auditiva que vinha. Eu sempre me comportava mal na igreja quando criança. Minha anágua coçava e arranhava. As roupas de domingo eram diferentes na minha pele. A maior parte das pessoas se adapta em poucos minutos com a sensação de diferentes texturas de tecidos. Mesmo agora eu evito usar tipos diferentes de roupas de baixo, pois eu gasto de três a quatro dias para me adaptar a novas texturas. Quando criança, na igreja, as saias e meias me deixavam quase doida. Minhas pernas doíam no inverno frio quando eu usava saia. O maior problema era a troca de calças que eu usava a semana toda para as saias no domingo. Se eu usasse saias o tempo todo, eu provavelmente teria dificuldade em me adaptar às calças. Hoje em dia eu uso roupas que tenham textura semelhante. Meus pais não tinham ideia porque eu me comportava tão mal. Pequenas mudanças nas minhas roupas teriam resolvido esse problema. (GRANDIN, 2012).

Algo que é totalmente normal e insignificante pra nós, como uma simples troca de roupa, pode não ser para pessoas com o TEA. Mudanças são desagradáveis e difíceis de serem aceitas pelas pessoas do espectro. Não é uma regra que todos os autistas possuam hipersensibilidade, porém, grande parte deles convive com esse sintoma. No que diz respeito aos dois casos que estão sendo analisados, somente Temple tem esse sintoma, Sabine se mostra mais a vontade em determinadas situações, mas, ela também tem dificuldades em experimentar o novo e em mudar sua rotina.

SEMELHANÇAS ENTRE OS CASOS**SABINE BONNAIRE / TEMPLE GRANDIN**

Vítimas de bullying na escola;

Dificuldades de comportamento social;

Ausência de atrasos importantes no desenvolvimento cognitivo;

Atraso significativo na linguagem;

Comportamentos repetitivos;

Uma das semelhanças existentes entre as duas garotas é que ambas foram vítimas de bullying na escola pelo fato de suas “diferenças” não serem entendidas por seus colegas.

A exclusão deste grupo social – as pessoas com deficiência – tem início desde a infância. Ainda hoje muitas crianças não frequentam escolas regulares e muitas daquelas que estão matriculadas enfrentam diversas barreiras diárias, dentre elas as que são expressas por meio de preconceitos, estigmas e mitos que atuam sobre as pessoas com deficiência, marcando suas trocas sociais negativamente (AMARAL, 1998).

O Bullying compreende todas as atitudes agressivas, repetidas e intencionais, que ocorrem sem motivação evidente, por um ou mais alunos contra outro ou outros. O convívio num ambiente de medo e ansiedade pode desencadear nas vítimas sentimentos que podem ir desde a apatia até à explosão de agressividade e violência, ou mesmo desinteresse e baixas expectativas para com a escola.

Um dos medos dos pais de crianças com autismo é o medo de que os filhos sejam caçados, de que riam deles na escola, medo de que eles sofram isolamento e que os colegas não queiram brincar com eles. Será que um autista consegue se defender em situações de bullying? Ele consegue se relacionar adequadamente? Ele consegue se proteger disso? Pais, esse é um apelo direcionado a vocês: ensinem todos os seus filhos, com autismo ou não, que existe o outro e ao se colocar no lugar dessa outra pessoa. Isso

é uma grande dificuldade para crianças com autismo, mas, tenho visto que é uma dificuldade em geral porque o bullying está aumentando muito nas escolas.

As crianças estão sendo cada vez mais maldosas e fazendo cada vez mais comportamentos ruins para o outro, para se divertir, para virarem líderes, para se destacarem ou para serem populares entre os colegas. Realmente as crianças com autismo são mais vulneráveis, elas têm mais probabilidade de serem feitos de “bobos” e de sofrerem bullying na escola, então estreitar laços com a escola é uma das alternativas para que seu filho seja mais bem monitorado melhor cuidado.

Outra característica que podemos destacar entre os dois casos é na área do comportamento social, as dificuldades das meninas em relação ao comportamento.

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

Uma particularidade apresentada pelas duas é a ausência de atrasos importantes no desenvolvimento cognitivo, porém a presença de um atraso significativo na linguagem.

As alterações de linguagem consideradas típicas de crianças autistas: menos comunicação, repetição imediata mais comum que a tardia, inversão pronominal, afirmação indicada pela repetição, frases incompletas e agramaticais e compreensão aparentemente prejudicada (INGRAMM, 1975).

Em geral os problemas de linguagem da criança autista começam a se tornar mais evidentes em torno dos dois anos de idade, pois nessa fase passa-se a esperar um maior desenvolvimento da linguagem (BOUTON, 1976).

No meu ponto de vista, o déficit na linguagem é uma das características acentuadas e persistentes e atinge as aptidões verbais e as não verbais, podendo existir atraso ou ausência na linguagem oral. Nos Autistas que possuem uma maior capacidade linguística pode-se observar uma acentuada incapacidade em iniciar ou manter uma conversação com os outros. Quando existe um desenvolvimento na fala, o volume, a entoação, a velocidade, o ritmo ou a acentuação podem ser anormais.

Destacamos nos dois casos os comportamentos repetitivos que, no autismo infantil, incluem os movimentos discinéticos, os movimentos estereotipados, a manipulação repetitiva de objetos, comportamento auto agressivo repetitivo, apego a objetos específicos e um desejo obsessivo de se manter na mesmice (TURNER, 1999).

É uma característica de pessoas com TEA possuírem esse tipo de comportamento repetitivo. A nova classificação do DSM-V trouxe mudanças significativas nos critérios de diagnóstico do autismo, dando maior flexibilidade e amplitude na identificação dos sintomas, levando a uma maior sensibilidade na observação do desenvolvimento do comportamento social e comunicativo da criança. Esta alteração permitiu que mais profissionais pudessem compreender melhor os sintomas autísticos e a ampliar sua identificação.

Sabe-se hoje, pelas evidências científicas, que o diagnóstico precoce é fundamental e que somente esta medida pode alterar o prognóstico futuro e corrigir atrasos mais severos e profundos.

O conhecimento acerca dos critérios do DSM-V é o ponto de partida para suspeitar do TEA e deve ser amplamente divulgado. Estes são os critérios:

A) Deficiências persistentes na comunicação e interação social:

- Limitação na reciprocidade social e emocional;
- Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social;
- Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar às diversas situações sociais.

B) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos observados ou pela história clínica:

- Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala;
- Insistência nas mesmas coisas, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais;
- Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco;
- Hiper ou hiporreativo a estímulos sensoriais do ambiente.

C) Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente manifestos até que a demanda social exceda suas capacidades ou podem ficar mascarados por algumas estratégias de aprendizado ao longo da vida.

Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento atual do paciente.

É possível identificar crianças com autismo no primeiro ano de vida. Nesta fase, os sinais mais importantes são: pobre contato visual, ausência de balbúcio, pouco ou nenhum desenvolvimento de gestos sociais, não pedir colo e não responder pelo nome. Os pais estranham porque a criança tem pouco interesse por compartilhar objetos e, ao serem chamadas para alguma atividade, ignoram e parecem pouco se importar ao serem retiradas daquilo que interessa.

É comum terem problema para dormir e se alimentar, pois acordam muitas vezes e costumam ser seletivas para determinados alimentos. Podem ter medos excessivos de determinados lugares, barulhos, estímulos e excessiva preferência por alguns objetos, cores, texturas ou jogos. Podem demorar a engatinhar (ou nunca vir a engatinhar), andar falar e, em alguns casos, apresentarem regressão de fala entre 1 ano e 2 anos e meio de vida – este sinal é muito valioso e específico para pensar na possibilidade de Autismo.

Contrastando o DSM-V com os sintomas apresentados por Sabine e Temple, podemos destacar que as duas meninas atenderam positivamente aos critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista. Elas apresentaram déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais (Critério 1); padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (Critério 2); com os sintomas presentes no início da infância (Critério 3). A seguir será detalhada a sintomatologia.

A) Déficits expressivos na comunicação não verbal e verbal usadas para interação social: comunicação não verbal muito prejudicada, com intensa esquivas por contato ocular e por brincadeiras que envolvam trocas de olhares e interação. Apresentam déficit importante na linguagem expressiva, com desinteresse por se comunicar.

B) Falta de reciprocidade social: revelam dificuldades em se colocar no lugar do próximo, não sendo afetado pelo pensamento e sentimento do outro. Não raciocinam a respeito de como alguém irá interpretar o seu comportamento, sendo muito sinceras e

ingênuas. Não apresentam reciprocidade na conversa, não devolvendo a pergunta para a troca na interação. Não abrem mão do que quer pelo outro, tendo dificuldade de dividir os seus pertences.

C) Incapacidade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento: ausência de amigos e repertório de esquiva de interação social. Em geral, demonstraram mais interesse por objetos do que por pessoas. No caso de Sabine, ela se comporta diferente com sua família, chegando a brincar com seus irmãos e não rejeita o contato físico. Temple, é totalmente aversiva ao contato físico, fica muito nervosa e incomodada quando lhe tocam.

D) Comportamentos motores ou verbais estereotipados, ou comportamentos sensoriais incomuns: Temple apresenta bastante movimentos estereotipados, durante sua infância ela se acalmava de suas crises girando e rodando. Sabine apresenta mais repetição na área da fala, está sempre repetindo as mesmas coisas, as mesmas frases.

E) Excessiva adesão a rotinas e padrões ritualizados de comportamento: Seguem as regras pré-estabelecidas sem protestar, mas se desorganizam quando é exigido que flexibilize ou quando há mudanças de regras.

F) Interesses restritos, fixos e intensos: possuem interesses restritos e repetitivos mantidos por longos períodos e anos. Temple tem fixação pelo gado, ela é capaz de passar horas seguidas estudando e falando sobre o assunto. Sabine investe grande parte do seu tempo e aprender inglês e tocar piano, fica entusiasmada sempre que realiza uma dessas atividades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática abordada nesta pesquisa evidenciou queo bom prognóstico em relação ao TEA depende da adequada orientação da família e da escola, assim como de tratamento interdisciplinar que considere os sintomas, as forças e as fraquezas do paciente.

Por mais que as pesquisas atuais ainda não respondam totalmente as questões que foram levantadas, esse trabalho ampliou a compreensão sobre o problema abordado. Alguns problemas surgiram ao decorrer da pesquisa: o bullying que as crianças com TEA têm sofrido ao decorrer do tempo; a falta de diagnóstico e/ou diagnósticos errôneos e a falta de tratamento apropriado em alguns casos.

Os objetivos traçados foram alcançados e as hipóteses confirmadas, de maneira que concluímos que, os sintomas apresentados por Sabine e Temple, atenderam positivamente aos critérios que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) estabelece como critério de diagnóstico para o TEA. Elas apresentaram déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais (Critério 1); padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (Critério 2); com os sintomas presentes no início da infância (Critério 3).

A metodologia utilizada foi de grande importância para a obtenção dos resultados, porém o TEA em meninas ainda é um tema pouquíssimo abordado, tanto na área educacional, quanto na área da saúde. Nota-se uma falta em relação a livros voltados à essa temática no Brasil, porém foi de grande valia o diálogo dos autores que trouxemos durante a pesquisa.

É preciso um olhar mais atencioso para poder perceber os sintomas do TEA que são camuflados por algumas meninas, para isso é necessário conhecer sobre o autismo e saber a forma de lidar com as pessoas do espectro.

Posto isso, enfatizamos que essa pesquisa não se torna relevante apenas para as pessoas que tem autismo, seus pais, profissionais de saúde e professores, mas contribui para que o assunto tenha uma maior evidência na nossa sociedade, onde o tema ainda é tão pouco falado e conhecido. Colaborando também para que outras pessoas tenham interesse em conhecer um pouco mais sobre a temática abordada.

Por fim, chamamos a atenção dos profissionais da saúde (ex., médicos, geneticistas, neurologistas, pediatras e psiquiatras) para a necessidade de conduzir suas

avaliações de forma interdisciplinar para assim realizar o diagnóstico efetivo nos casos de TEA, e também de outras condições.

REFERÊNCIAS

- ALBORES-GALLO, L. A, GUZMÁN, L. H, PICHARDO, A. A. D.& HERNÁNDEZ, B. C. (2008). **Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: una discusión.** *SaludMent*. Recuperado em 01 de NOVIEMBRE de 2019, de <http://www.scielo.org.mx>.
- AMARAL, L. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. In: AQUINO, J. **Diferenças e preconceitos na sala de aula.**São Paulo: Ed. Summus, 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.**5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ANDRADE, F. & RODRIGUES, L. C. **Estresse familiar e autismo: estratégias para melhoria da qualidade de vida.**IESB, 2010.
- Bonnaire, S. (Diretor). (2007). **O nome dela é Sabine.** [filme-documentário]. Paris, França: Mosaïque Films. (Título original: Elle s'appelle Sabine).
- BOSA C. A. **As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2001.
- BOUTON, C. P. **Troubles de L'Aquisition du Language Associe aux Psychoses de L'Enfant in Le Development du Language: Aspects Normaux et Pathologiques.** Masson, Paris. 1976.
- BRASIL.** Diretrizes Operacionais do Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília, 2009.
- BRASIL.** Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10; **Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.
- GRANDIN; T.; SCARIANO, M. **Emergence: labeled autistic.** New York: Warner Books, 1996.
- GRANDIN T. **Uma Visão Interior do Autismo.** Disponível em: <http://www.painet.com.br/rocha/temple.htm>. Acesso em : 02 de nov 2019.
- HUMPHREY, N. **Including pupils with autistic spectrum disorders in mainstream schools.** London, v.23, n.1, 2008.

INGRAMM, T. T. S. **Speech Disorders Associated With Child Psychosis in Lenneberg&Lenneberg.** Foundations Of Language Development 2. New York Academic Press. New York, 1975.

LAUFER, M. W.; GAIR, D. S. Childhood schizophrenia. In: BELLACK, L.; LOEB, L. (Org.). **The Schizophrenic Syndrome.**New York: Grune& Stratton, 1969.

LAURENT, E. **Uma psicanálise orientada para o real.**Carretel: Psicoanálisis com Niños, 8, 2008.

MAKRYGIANNI MK, Red P. **Factors impacting on the outcomes of Greek intervention programmes for children with Autistic Spectrum Disorders.** Res Autism Spect Dis 2010.

MATSON J.L., MAHAN S., FODSTAD J.C., HESS J.A., Neal D. **Motor skill abilities in toddlers with autistic disorder, pervasive developmental disorder-not otherwise specified, and atypical development.**Res Autism Spect Dis 2010.

MOREIRA, P. S. T. **Autismo:** a difícil arte de educar. Universidade Luterana do Brasil – Ulbra – Campus Guaíba – RS, 2005.

ORRÚ, E. S. **Autismo, linguagem e educação:** interação social no cotidiano escolar. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

PETERSEN, C. S; WAINER, R. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROTTA, N. T. **Transtorno de aprendizagem:** abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto alegre: Artmed, 2007.

SILVA, A. B. B. **Mundo singular:** entenda o autismo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

TURNER, M. – **Annotation: Repetitive behaviour in autism: a review of psychological reseach.**J. Child Psychol. Psychiat, 1999.

AGRADECIMENTOS

Hoje, eu chego ao final de mais uma etapa da minha vida e durante todo esse caminho, que não foi fácil, Deus se fez presente a cada instante. Agradeço primeiramente a Ele por me dar o privilégio de realizar mais um sonho. Deus, obrigada por ser Pai nos momentos de alegria, por ser Caminho nos momentos de incerteza e por ser Refúgio nos momentos difíceis. A Ti, Senhor, dedico essa conquista, confiando que o Senhor vai continuar conduzindo meus passos em direção a Tua vontade que é boa, perfeita e agradável.

Agradeço a minha família, pois foi graças a todo incentivo que recebi durante esses anos que hoje posso celebrar junto com eles essa vitória que com certeza não é só minha, é deles também. Obrigada por não medirem esforços para ver um sorriso no meu rosto. Em especial eu agradeço aos meus avós Maria Janete e João Martins, por toda dedicação e tempo investido em mim. Obrigada por vocês sempre terem sido pai e mãe pra mim, por serem meu alicerce, minha base, obrigada por nunca desistirem de mim, por sempre acreditarem nos meus sonhos e por sonhá-los comigo. Agradeço ao meu pai, Márcio, que se fez presente em toda minha jornada acadêmica, do meu lado, me apoiando, sempre me ajudando, a ele também, toda minha gratidão.

Agradeço em especial a minhas amigas Sannyele e Mikaella que foram de suma importância para mim durante minha vida acadêmica. Obrigada meninas, por cada momento compartilhado, por cada ensinamento, por cada momento difícil, se encerra aqui mais um ciclo e eu desejo toda felicidade e sucesso desse mundo pra vocês, voem alto, garotas!

Sou grata a todos os professores pelo tempo investido e pelo conhecimento transmitido, vocês foram meu norte. Em especial a minha orientadora Rônia pelos ensinamentos transmitidos, por toda paciência, carinho e cuidado. Obrigada, professora Rônia, sem sua dedicação a conclusão dessa etapa teria sido bem mais difícil.

A todos vocês eu devo mais esse passo e é com o coração transbordando de gratidão que eu posso dizer: **NÓS CONSEGUIMOS!**