

5- Conclusão:

O presente programa de intervenção precoce é perfeitamente aplicável, desde que algumas recomendações sejam feitas com relação a alguns de seus procedimentos e às categorias de desenvolvimento a serem treinadas nas crianças.

Em relação ao procedimento com as cuidadoras, é muito importante que elas se tornem parceiras ativas das estratégias da intervenção, pois a manutenção e a generalização dos comportamentos apresentados durante as sessões formais são a garantia de que a criança os desenvolveu e os utilizará em outros contextos. Todavia, isto só parece ser realmente possível quando as cuidadoras se sentem empenhadas e motivadas a ajudar os seus filhos, o que parece não ocorrer quando elas não compreendem os comportamentos de sua criança e não encontram um espaço para expressar todos os seus sentimentos que, muitas vezes, são contraditórios e dolorosos, o que pode prejudicar o seu relacionamento com a criança, dificultando ainda mais que ela se torne uma parceira ativa do programa.

A intervenção encontrou dificuldades em fomentar isso, talvez porque seja necessária uma atenção específica para a família, na ausência da criança, de modo que ela tenha um espaço exclusivo para trabalhar as suas próprias questões. Dawson & Osterling (1997) citam algumas estratégias que podem ser utilizadas, como grupos de pais, programa de treinamento para eles e suporte emocional. Este último parece ser imprescindível para que a cuidadora possa se implicar e querer ajudar no tratamento de sua criança.

Deste modo, recomenda-se que seja oferecido para as cuidadoras tanto um momento para o treinamento das estratégias da intervenção a serem utilizadas no dia-a-dia da criança juntamente com explicações dadas pelo profissional sobre os comportamentos das crianças, quanto um momento para que elas tenham um espaço para expressar seus próprios sentimentos. Isto pode ser feito em sessões individuais e semanais, com no máximo 50 minutos de duração. Já as orientações relacionadas aos comportamentos da criança e as explicações sobre as estratégias da intervenção seriam dadas antes ou durante a sessão com a criança, em sessões com um mínimo de duração de 60 minutos, com máximo de 90 minutos, com número de sessões semanais variando de acordo com o caso.

O profissional também tem um relevante papel em ajudar a família a se engajar no tratamento de sua criança, tanto oferecendo a ela recursos para isto, através de um suporte para ela, por exemplo, quanto funcionando como um orientador que auxiliará o cuidador a interagir mais satisfatoriamente com a sua criança. Afinal de contas, o tempo que o profissional passa com a criança é irrisório se comparado com o tempo que a família está com ela. Sem contar que, por mais naturais que as sessões procurem ser, elas são artificialmente estruturadas para parecerem naturais, o que não acontece no dia-a-dia da criança, que oferece incontáveis situações e possibilidades de interações que podem ajudar a criança a desenvolver-se, desde que o cuidador esteja atento para isso e sirva como andaime para alavancar o desenvolvimento de sua criança, conforme defende Klinger & Dawson (1992).

Já o procedimento com a criança pode ser mantido, alternando-se os papéis da mãe e da pesquisadora ora como agentes da interação, ora como observadoras da mesma, dependendo da deixa da criança, com exceção do começo de treino de categoria, onde o profissional precisa servir inicialmente como modelo para que a mãe observe a categoria e como pode desenvolvê-la.

Em relação às sessões mais naturais ou de generalização, embora elas sejam imprescindíveis para que o profissional avalie se a criança está utilizando o comportamento aprendido durante as sessões mais formais em outros contextos e se as cuidadoras estão seguindo as orientações dadas, elas podem ser dificultadas, tanto devido à impossibilidade de se levar a criança para outro ambiente, quanto se o programa for aplicado em outros lugares, como consultórios particulares e postos de saúde. Isto porque o programa pode ser aplicado em diversos ambientes, bastando apenas que sejam propícios para que o adulto possa estruturá-los de acordo com a categoria a ser desenvolvida. Dessa forma, seria necessário desenvolver outras formas de sessões de generalização, como oferecer atividades nunca realizadas anteriormente, mostrar brinquedos novos ou fazer pequenos passeios em volta do local onde está sendo feito o atendimento.

Em relação ao desenvolvimento das categorias, uma mudança ocorreu, visto que as crianças não estavam respondendo a algumas estratégias da intervenção. Ao contrário do programa de Klinger & Dawson (1992), que utilizou a imitação dos adultos para o desenvolvimento das categorias-base de comunicação inicial, a intervenção fez uso de algum brinquedo muito interessante para a criança. Isto

porque, como Dawson & Lewy (1998) defendem que a criança autista tem um super foco de atenção para os objetos, eles puderam ser utilizados como desencadeadores das interações, ao possibilitar que a criança passasse a prestar a atenção no adulto porque ele estava manuseando algum objeto interessante para ela.

Sobre as categorias, uma atenção especial deve ser dada para o uso do contato ocular, visto que as crianças autistas ou com risco de desenvolverem o autismo tendem a abaixar o olhar ou não encarar as pessoas quando interagem com elas. Então, seguindo as observações de Carpenter, Nagell & Tomasello (1998) de que o contato ocular é imprescindível para que as crianças passem a considerar as pessoas como seres psicológicos, é fundamental que o desenvolvimento dos comportamentos não-verbais seja feito sempre com a criança olhando para o adulto. Todavia, em muitas situações, Daniel ao invés de olhar para alguém, chamava-a pelo nome, mostrando que sabia que e com quem interagia. Então, buscando respaldo em Crais, Douglas & Campbell (2004) que afirmam que gestos comunicativos podem ocorrer sem o uso do contato ocular, acredita-se que a criança possa substituir, em algumas situações, este comportamento pelo comportamento de chamar o nome da pessoa que está interagindo, o que parece apontar para um profundo entendimento de sua existência e reconhecimento.

Foi importante notar que a ordem das categorias a serem desenvolvidas não sofreu variações no desenvolvimento dos comportamentos que são os precursores do desenvolvimento da atenção compartilhada, tão bem exploradas no programa de Klinger & Dawson (1992). Devido a isto, os comportamentos de “prestar a atenção aos estímulos sociais” e a “alternância de turno e comportamento antecipatório” parecem ser vitais para que a criança realmente se engaje em trocas sociais recíprocas que possibilitarão o seu desenvolvimento.

Além disso, conforme foi observado durante a aplicação do programa, estes comportamentos parecem se relacionar com o papel da criança em se tornar o iniciador das interações, que é um dos princípios fundamentais para o desenvolvimento infantil, conforme defendem Wetherby, Schuler & Prizant (1997). Por isso, acredita-se que eles devem ser os primeiros comportamentos a serem alvo das estratégias da intervenção, com os outros podendo ser variáveis de acordo com a singularidade da criança.

Em contrapartida, indo de acordo com a literatura, que não apresenta um consenso a respeito da ordem em que as categorias de atenção compartilhada aparecem no desenvolvimento infantil, ela sofreu variações nas duas crianças. Logo, a construção da folha de registro pode ser individualizada, levando em conta as potencialidades da criança e os comportamentos que ela vai gradativamente dando mostras de que já é capaz de desenvolver. Isto parece ser fundamental para que o comportamento realmente se desenvolva espontaneamente durante as interações sociais.

Devido a isto também, tornou-se mais fácil desenvolver nestas crianças os gestos imperativos, visto que, por elas dependerem das pessoas para alcançar algo, encontraram estímulo suficiente para que quisessem se comunicar com as mesmas. Com isso, segundo Prizant, Wetherby & Rydell (2000), que afirmam que um dos motivos para alguém ser um comunicador competente é sua capacidade de iniciar a comunicação, ficou claro que os gestos imperativos para estas crianças são, juntamente com a “alternância de turno e o comportamento antecipatório” os comportamentos mais eficazes para que ela desenvolva a iniciativa da comunicação. O que se supõe que, sem o desenvolvimento deles, as crianças que sofrem do transtorno autista ou que correm o risco de desenvolvê-lo, podem não desenvolver os gestos declarativos, já que, para que isto ocorra é preciso que elas queiram tomar a iniciativa de direcionar a atenção do adulto para um objeto de seu interesse. Em razão de sua imensa dificuldade de relacionamento social, deve ser difícil para elas desenvolverem esta iniciativa apenas para querer dividir uma experiência com alguém.

Dessa forma, o desenvolvimento dos gestos declarativos é um dos maiores desafios da intervenção, dada a intensa dificuldade destas crianças em desenvolvê-los, como afirma Tomasello (1998) e ratificam Baron-Cohen, Allen & Gillberg (1992) ao utilizarem a ausência do apontar declarativo como um dos comportamentos identificadores das características iniciais do transtorno autista. Com Daniel foram encontrados alguns percalços para desenvolvê-los, tanto devido às suas próprias dificuldades, mas muito também porque o programa não tinha se preparado para oferecer estímulo suficiente para que ele quisesse compartilhar seu interesse com o adulto. Devido a isto, percebeu-se que a criança deve se sentir fortemente motivada para encontrar no ambiente algo de muito interessante para compartilhar com o adulto, sendo necessária, pois, uma

constante renovação dos brinquedos trazidos, além de uma maior variabilidade nas atividades estruturadas, que propiciam sempre alguma novidade para que a criança queira dividir com o adulto.

Um importante aspecto relaciona-se aos comportamentos pivô, tão bem assinalados por Mundy & Stella (2000), que comprovam que a melhora em certos comportamentos pode trazer progressos em todo o desenvolvimento da criança, como ocorreu, nos dois casos, com o aparecimento de comportamentos antes de serem treinados pelo programa. Embora a literatura já falasse sobre isso, o programa não contava que certos comportamentos fossem propiciar o desenvolvimento de outros, ainda que nas duas crianças eles não tenham sido os mesmos. O que não impede, contudo, que outras intervenções escolham alguns comportamentos-chave, acreditando que eles possam irradiar transformações em todo o transtorno.

Por fim, seguindo Prizant, Wetherby & Rydell (2000) é imprescindível considerar a singularidade da criança para a aplicação do programa, enfatizando pontos importantes, como os seus gostos e suas necessidades. Assim, o profissional precisa apresentar flexibilidade e observação meticulosa para a escolha das atividades e objetos a serem utilizados durante as estratégias da intervenção.

O aspecto emocional da criança é igualmente fundamental e deve ser o norteador de todo o atendimento. Para Renato foi muito difícil acostumar-se com tantas mudanças em sua vida, no período em que começou os seus tratamentos e a sua ida à escola, o que lhe causou problemas emocionais, como irritação, acesso de choro e impaciência, trazendo-lhe sofrimento, além de acabar por atrapalhar qualquer abordagem que estivesse sendo feita com ele.

Assim, lembrando a teoria de Greenspan (1999) de que as emoções da criança são a base para que ela estabeleça relações, não se deve colocar os sintomas da criança à frente de seus próprios sentimentos. Até porque, como defende Alvarez & Reid (1999), o estado emocional da criança autista pode intensificar os seus sintomas. Logo, é preciso que o profissional desenvolva a sensibilidade em saber quando pode avançar ou quando deve recuar nas estratégias da intervenção, de forma a preservar sempre o bem-estar da criança, que deve ser a prioridade de qualquer atendimento. Com isso, é preciso sempre analisar como a criança está se sentindo, como foi o seu dia e se tem algum fator

externo que pode estar atrapalhando o seu desenvolvimento. Afinal, ela não é fundamentalmente o transtorno que possui, mas sim simplesmente um ser humano, que, como todos os outros, sentem, sofrem, etc. Este é o compromisso e a obrigação de todo profissional, que não deve considerar o seu saber mais importante do que os pacientes que trata.

Assim, o presente trabalho aponta uma contribuição relevante para o desenvolvimento de um novo programa de intervenção precoce que poderá ajudar outras crianças que apresentam transtornos em seu desenvolvimento, embora muito ainda precisa ser conhecido e aperfeiçoado a fim de oferecer um atendimento mais qualificado a estas crianças.

Fica claro, portanto, que muitas questões ainda precisam ser respondidas, enquanto outras ainda precisarão ser perguntadas, importando-se menos com as dúvidas que se levantam, mas, muito mais com as respostas que se pretende dar a elas, de forma a compreender e ajudar estas crianças o quanto antes seja possível detectar as suas dificuldades.