

A IMPORTÂNCIA DO MODELO DENVER DE INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Izabelle Bastos Ribeiro Mayrink¹

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo difundir o conhecimento sobre o Transtorno do Espectro Autista e enfatizar a importância da estimulação precoce em crianças atípicas a partir da perspectiva de tratamento do ESDM (Modelo Denver de Intervenção Precoce), analisando sua proposta de intervenção, metodologia e dados que comprovem sua eficácia. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo, seguida de uma entrevista semiestruturada proporcionada por uma psicóloga que atua no tratamento de criança com TEA utilizando o modelo denver.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Estimulação Precoce. Modelo Denver de Intervenção Precoce.

ABSTRACT: This article aims to disseminate knowledge about Autism Spectrum Disorder and emphasize the importance of early stimulation in atypical children from the perspective of ESDM treatment (Denver Model of Early Intervention), analyzing its intervention proposal, methodology and data that proves its effectiveness. For that, a qualitative bibliographical research was carried out, followed by a structured interview provided by a psychologist who works in the treatment of children with ASD using the denver model.

2120

Keywords: Autistic Spectrum Disorder. Early Stimulation. Denver Early Intervention Model.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem se tornado um tema popular nas últimas décadas. Há algum tempo atrás, pouco se sabia acerca desse assunto. Autismo era até mesmo associado com loucura ou algum tipo de doença grave; porém, graças aos avanços na comunidade científica, principalmente aqueles voltados ao desenvolvimento infantil, hoje podemos contar com diversos livros, pesquisas, estudos de caso, palestras, entre tantas outras fontes de conhecimento sobre esse transtorno que ampliaram e continuam estendendo a real compreensão a respeito de como são as crianças autistas e como devemos nos relacionar com elas. Esses avanços aumentaram significativamente a representatividade

¹ Bacharel em psicologia pela Universidade Estácio de Sá.

da criança autista na sociedade, tornando-se um marco essencial que proporciona inclusão às famílias com crianças atípicas

De acordo com o Instituto Singular (2021), o transtorno do espectro autista é um transtorno de neurodesenvolvimento, ou seja, um transtorno marcado pelo desenvolvimento atípico de determinadas funções neurológicas as quais conferem à criança autista alguns comportamentos peculiares que trazem prejuízo à sua forma de se relacionar tanto consigo mesma, quanto com a família e a sociedade. Já nos primeiros meses de vida de uma criança atípica, até meados de seus 3 anos de idade, é possível perceber sinais de anormalidade do desenvolvimento infantil esperado. Essa condição precoce proporciona aos pais ou cuidadores, em conjunto com os devidos médicos, perceber os sinais com “antecedência” a fim de ajustar os estímulos necessários que sejam hábeis para garantir ou promover um melhor desenvolvimento social e cognitivo da criança.

À medida em que os estudos voltados à área de tratamento do TEA avançam, é possível constatar consistentemente que quanto mais cedo uma criança autista recebe as estimulações sensoriais, cognitivas e sociais adequadas, maiores serão as chances de ela aprender habilidades e desenvolver uma forma de viver mais saudável e adaptável a sua realidade, atenuando os comportamentos mais rígidos e cristalizados, os quais, com o passar do tempo, tornam-se mais difíceis de modelar.

Atualmente, encontramos alguns métodos destinados ao tratamento do TEA, dentre eles podemos citar o ABA (Applied Behavior Analysis) ou comumente conhecido em português como Análise Comportamental Aplicada; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children) ou Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits relacionados com a Comunicação e, por fim, o método que esse estudo gostaria de destacar, o ESDM (Early Start Denver Model). Traduzido para o português, ficou conhecido como Modelo de Intervenção Precoce Denver e como o próprio nome já sugere, esse modelo de intervenção consiste em iniciar o tratamento de uma criança autista enquanto a mesma ainda está na primeira infância, o que caracteriza a estimulação como “precoce”. Seu principal objetivo é minimizar a gravidade dos sintomas inerentes ao autismo e promover um desenvolvimento adaptativo e acelerado das habilidades cognitivas, sociais, emocionais, linguísticas e motoras (ROGERS, DAWSON, 2014).

A taxa de crianças diagnosticadas com TEA tem crescido ao longo dos anos, representando atualmente de 1% a 2% da população mundial de acordo com o jornal Correio

Brasiliense (2022). Diante de uma proporção tão relevante, faz-se necessário intensificar estudos que corroborem com desenvolvimento de conhecimento científico e práticas clínicas que sejam eficazes para promover a minimização das dificuldades enfrentadas pelas crianças atípicas. Esse artigo tem este propósito: a difusão do conhecimento teórico e prático do Modelo Denver no intento de discutir e analisar a eficácia da estimulação precoce em crianças autistas, avaliando sua metodologia, vantagens e desvantagens e forma de aplicação, visto que ainda há poucos estudos e pesquisas a respeito.

Inicialmente, na estrutura desse artigo, explicitaremos o que é o Transtorno do Espectro Autista, suas particularidades e diagnóstico. Em seguida, analisaremos a importância da intervenção precoce baseada no método de atuação do Modelo Denver, acentuando suas principais características e metodologia, e concluiremos esse estudo com a apresentação de uma entrevista semiestruturada realizada com a participação de uma supervisora da AFAC (Associação Fluminense de Amparo aos Cegos), uma instituição em Niterói, no Rio de Janeiro, que trabalha utilizando o Modelo Denver de Intervenção Precoce em crianças autistas.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: PARTICULARIDADES E DIAGNÓSTICO

A etimologia da palavra “autismo” é constituída pela palavra grega “autos”, a qual representa a ação de “voltar-se para si mesmo”. Em 1911, um psiquiatra austríaco chamado Eugen Bleuler utilizou essa palavra pela primeira vez ao se referir a alguns pacientes esquizofrênicos que apresentavam dificuldades de comunicação social (SILVIA; GAIATO; REVELES; 2012). Já em 1943, encontramos outro psiquiatra austríaco chamado Leo Kanner publicando uma obra cujo título era “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. A partir dessa publicação, o autismo ganhou notoriedade e passou a ser denominado diversas formas. No ano seguinte, em 1944, Hans Asperger, outro médico também austríaco, divulgou um artigo científico chamado “Psicopatologia Autística da Infância”, cujas descrições e conceituações acerca das crianças atípicas eram demasiadamente parecidas com os relatos de Kanner. Tais feitos concederam a Kanner e Asperger o pioneirismo no reconhecimento do autismo (MELLO, 2001).

Atualmente, o identificamos como Transtorno do Espectro Autista ou pela sigla TEA. A palavra “espectro”, de acordo com a física, representa um conjunto de raios

coloridos que surgem a partir da decomposição da luz, assim como o arco-íris. Então, de forma geral, “espectro” representa um conjunto de componentes que formam um todo. Tal nomenclatura enriquece bastante a forma como compreendemos o autismo, pois hoje sabe-se que não há uma forma de autismo única no mundo. Assim como a luz possui diversos componentes que ora refletem, ora não refletem; assim também, o autismo se demonstra singular e dinâmico. Algumas crianças podem ser altamente funcionais em determinado aspecto da vida, enquanto outras podem precisar de mais suporte e auxílio em áreas específicas. Na verdade, à medida em que mais crianças são diagnosticadas e recebem tratamento, constata-se que cada uma possui um modo autista de ser, com habilidades e dificuldades distintas, um conjunto de sintomas peculiar e níveis diferentes de gravidade desses sintomas.

De acordo com o Hospital Israelense Albert Einstein (2022), o autismo pode se manifestar das seguintes formas: 1) Síndrome de Asperger, a manifestação mais leve dentre as demais. A criança não apresenta déficit cognitivo nem atraso no desenvolvimento da fala, mas a dificuldade na comunicação social permanece. 2) Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, uma condição relativamente mais austera que o Asperger. Seus sintomas variam e dependem do sujeito; no entanto, alguns comportamentos comuns costumam aparecer, tais como: dificuldade de estabelecer interações sociais, defasagem na linguagem verbal, ações estereotipadas em circunstâncias estressantes, entre outros. 3) Transtorno Autista, apresenta déficits mais rígidos na área social, cognitiva e verbal; movimentos estereotipados, atraso na linguagem; ausência de contato visual; em alguns casos, seletividade alimentar, entre outros. Tais sintomas são percebidos e diagnosticados nos primeiros anos de vida. 4) Transtorno Desintegrativo da Infância, condição mais rara e sensível na qual a criança vivencia uma espécie de regressão que causa a aniquilação das habilidades sociais, cognitivas, linguísticas e motoras uma vez aprendidas, demonstrando-se incapaz de retomá-las. O diagnóstico geralmente é feito entre os 3 e 4 anos.

Os sintomas apresentados pelo transtorno variam de criança para criança, porém, a partir de um estudo bibliográfico e observação da prática clínica, percebe-se que algumas condições são mais comuns dentro do espectro. Por exemplo, quanto ao desenvolvimento da linguagem, encontramos dois grupos de autistas: os verbais e não-verbais. Há crianças que podem permanecer anos sem falar, comunicando-se apenas por gestos, escrita e outras formas alternativas. Porém, nem toda criança autista sustenta defasagem na fala. Na

verdade, algumas falam de forma fluida, o que faz com que alguns pais e cuidadores até questionem se a criança de fato está dentro do espectro. Tal condição é comumente observada nos casos mais leves e uma característica comum é a presença de ecolalias na fala (repetição de termos ou frases).

Outras características frequentes são: a dificuldade de interação social, na qual algumas crianças autistas se demonstram incomodadas ao estarem próximas de outras pessoas, até mesmo o contato visual é desconfortável em casos mais rígidos; podem apresentar uma hipersensibilidade a determinados estímulos, como sons muito altos, lugares muito cheios, muito contato físico, entre outros; algumas possuem um padrão de organização, enfileiram coisas e não gostam de vê-las fora da ordem; também podem externar seletividade alimentar, demonstrando certa resistência a alguns alimentos talvez pelo cheiro, textura ou aparência do alimento em si; geralmente, apresentam estereotípias, por exemplo: andar de um lado pro outro, vocalizar sons sem sentido, estalar os dedos e coisas assim; dificuldade na identificação das emoções, pois, para algumas pessoas dentro do espectro, é muito difícil perceber a diferença entre a alegria, tristeza, raiva, angústia, tanto neles mesmos quanto nos outros; também é muito comum desenvolverem algum hiperfoco, isto acontece quando gostam fixamente de alguma coisa específica, como carros, dinossauros, letras e etc; quase sempre são muito literais, com pouca flexibilidade para compreender o sentido figurado ou abstrato; se adaptam muito melhor quando possuem uma rotina com horários certos para fazerem cada coisa, pois isso aumenta a previsibilidade sobre o que irá acontecer no dia e auxilia a organização mental deles; entre outros.

2124

O DSM-5 (2014) informa que “a gravidade (do sintoma) baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos”. Para compreender melhor essa questão, o Hospital Israelense Albert Einstein (2022), categoriza a gravidade em 3 níveis. O nível 1 representa crianças com dificuldades mais brandas que exigem pouco suporte. Geralmente os suportes parciais verbais e gestuais são suficientes; no nível 2, as crianças apresentam uma rigidez maior quanto ao aprendizado de algumas habilidades, no entanto, com os suportes totais físicos, verbais e gestuais adequados, os sintomas podem ser minimizados; já no nível 3, as crianças apresentam uma inflexibilidade aguda e sintomas com prejuízos maiores. Mesmo com o suporte total, as ações desadaptativas permanecem. O DSM-5 classifica alguns sintomas comuns dentro desses níveis de gravidade do espectro autista, a saber:

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos (...); déficits na reciprocidade socioemocional (...); déficits nos comportamentos comunicativos não verbais (...); Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (...); padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (...); movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (...); insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (...); interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (...); hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente. (DSM-5, 2014, página 50)

Em alguns casos, o TEA pode estar acompanhado de comorbidades, como déficit de atenção, hiperatividade, comprometimento intelectual e linguístico, epilepsia, distúrbio do sono, transtorno alimentar, dificuldades de aprendizagem, entre outros. (DSM-5, 2014)

Sobre a causa do autismo, ainda há pouco para se concluir. Cientistas e pesquisadores desse âmbito ainda desconhecem a totalidade dos fatores desencadeadores do autismo. Especula-se sobre a origem consistir em anormalidades em algumas áreas do cérebro, no entanto, tais áreas ainda não foram definidas com exatidão para se chegar a uma conclusão. Apesar disso, há um consenso de que alguns fatores podem influenciar diretamente o desenvolvimento desse transtorno, como problemas genéticos, má alimentação, complicações gestacionais e exterogestacionais. Portanto, pela ausência de exames que comprovem sua origem, as causas diretas desse transtorno permanecem em aberto.

2125

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista independe do conhecimento das causas, pois se baseia nos sintomas e tratamento. É feito de forma clínica através de uma observação retilínea do comportamento da criança e por meio de uma entrevista detalhada com os pais ou cuidadores, pois aqueles que convivem com a criança são os mais qualificados para descreverem os sintomas. Em alguns casos, o diagnóstico é feito na adolescência e em casos mais brandos, pode ser diagnosticado apenas na fase adulta (Hospital Israelense Albert Einstein, 2022).

MODELO DENVER DE INTERVENÇÃO PRECOCE: METODOLOGIA E EFICÁCIA

De acordo com Rogers et al (1986), foi a partir da década de 80 que o ESDM (Modelo Denver) começou a ser desenvolvido. Inicialmente, atuava como uma espécie de projeto pré-escolar que objetivava o desenvolvimento de crianças com TEA de forma grupal, cujas idades variavam entre os 24 a 60 meses de vida, ou seja, dos 2 até os 5 anos. Atualmente, o

ESDM se orienta ao tratamento de crianças atípicas a partir de 1 a 3 anos de idade que possam continuar com a intervenção até seus 4 a 5 anos (ROGERS; DAWSON 2014).

Há muitos estudos que comprovam a necessidade e importância de uma intervenção precoce no desenvolvimento das crianças com TEA. Pesquisadores já atestam que a estimulação precoce resulta “em uma reinscrição funcional da estrutura psíquica e a diminuição da patologia se instalar pro resto da vida” (TOMAZELI; BARBOSA, 2022, p.3), ou seja, proporcionar que a criança atípica tenha acesso aos estímulos adequados durante sua primeira infância, resulta na reestruturação de suas funções neurais de modo a evitar a cristalização dos sintomas do autismo, os quais se instalam de forma muito mais rígida e inflexível se não forem modelados antecipadamente. É certo que cada criança corresponderá de formas diferentes ao tratamento. Algumas se desenvolverão exponencialmente, enquanto outras, apesar de todo o suporte, ainda apresentarão dificuldades. No entanto, a estimulação precoce é válida e extremamente necessária para todas as crianças atípicas, independentemente do nível de autismo, seja leve (nível 1), moderado (nível 2) ou severo (nível 3).

Muitos estudos, incluindo estudos que eu e as duas outras autoras deste livro efetuamos, mostraram que uma intervenção precoce pode ser tremendamente útil para as crianças com PEA, resultando em ganhos significativos nas competências de aprendizagem, de comunicação e sociais. Algumas crianças até perdem o seu diagnóstico de PEA como resultado de uma intervenção precoce. (ROGERS; DAWSON; VISMARA, 2015, página XX)

O ESDM é uma referência no que tange à estimulação precoce atualmente, pois é um dos poucos métodos baseados em estudos comportamentais e de desenvolvimento infantil, voltados a crianças autistas com faixa etária até 5 anos, que possui comprovação científica. Um estudo realizado por Hulle et al (2019) analisou um ensaio clínico divulgado pelo periódico *Pediatrics*, que consistiu em apurar a aplicabilidade do Modelo Denver de Intervenção Precoce através da elaboração de um experimento científico com dois grupos de crianças na faixa etária de 1 ano e meio a 2 anos e meio. O objetivo foi comparar o desempenho da intervenção baseada no Modelo Denver com a de outras abordagens. Em um dos grupos foi aplicado o Modelo Denver de Intervenção Precoce por até 25 horas semanais por um período de 2 anos, enquanto outras abordagens de intervenção foram aplicadas no outro grupo. O resultado final desse experimento evidenciou que o grupo de crianças que recebeu a estimulação precoce do Modelo Denver apresentaram resultados mais significativos do que grupo de crianças abordadas por outras teorias, demonstrando um

avanço mais significativo no quociente de inteligência e no desenvolvimento das habilidades sociais, comunicativas e motoras (DAWSON ET AL, 2010).

Quanto à metodologia, o Denver atua com rotinas de atividades conjuntas, utilizando a ludicidade. A brincadeira e o jogo são os grandes instrumentos de estimulação do aprendizado. Também é importante que a intervenção seja reproduzida de forma naturalista, trabalhando com situações reais. Por essa razão, a atuação pode ser desenvolvida em diversos ambientes, desde a própria casa da criança, até a escola, clínica, entre outros contextos. O importante é que o adulto/ terapeuta se torne o centro de atenção da criança, um verdadeiro companheiro de diversão, pois quanto mais divertida for uma atividade, maior engajamento a criança terá para desenvolver uma aprendizagem.

Desde seu início até os dias atuais, algumas características principais que configuravam o Denver permaneceram. São elas: 1) integração de uma equipe multidisciplinar com o objetivo de seguir um currículo de desenvolvimento que abarque todas habilidades necessárias à criança, visto que a maioria das crianças apresentam atrasos no em diferentes áreas do desenvolvimento infantil; 2) foco nas interações pessoais; 3) desenvolvimento da capacidade de imitar gestos, movimentos orofaciais, expressões e funcionalidades de objetos; 4) estimulação da comunicação verbal e não-verbal; 5) utilização de rotinas com jogos interativos no intento de desenvolver aspectos cognitivos através de brincadeiras; 6) participação dos pais (ROGERS; DAWSON 2014)

2127

A intervenção do Modelo Denver é orientada por um currículo em forma de checklist, o qual contém todas as metas, planos e técnicas de intervenção necessárias. Esse currículo tem a função de mensurar os níveis de competências da criança no atual momento para estabelecer objetivos de aprendizagem. É necessário ressaltar que o currículo de checklist deve ser individual e personalizado para cada criança, considerando suas necessidades particulares, preferências, interesses e valores familiares. As metas e objetivos do plano de intervenção terão um espaço de 3 meses para serem estimulados e desenvolvidos. Concluído o período de 3 meses, uma nova avaliação é feita, analisando as habilidades que foram ou não aprendidas. O plano de intervenção, então, incorpora novos objetivos, mantendo alguns objetivos antigos caso a criança precise de mais tempo para desenvolvê-los. Assim, um novo ciclo de 3 meses se inicia, repetindo esse processo posteriormente até o fim do tratamento. Rogers e Dawson (2014) especificam quais são as competências analisadas pelo checklist:

Esta checklist lista competências específicas sequenciadas pelo desenvolvimento de domínios que incluem comunicação receptiva, comunicação expressiva, atenção conjunta, imitação, competências sociais, competências de jogo, competências cognitivas, motricidade fina, motricidade grossa e competências de autocuidado. Cinco destes domínios têm um peso particular no ESMD: imitação, comunicação não-verbal (incluindo atenção conjunta), comunicação verbal, desenvolvimento social (incluindo partilha de emoções), e o jogo. (ROGERS; DAWSON, 2014, página 18)

De acordo com o Rogers e Dawson (2014), o ESMD pode ser aplicado por educadores da primeira infância, psicólogos educacionais, psicólogos clínicos ou de desenvolvimento, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, analistas do comportamento, entre outros. Há estudos que também evidenciam ser possível que pais ou cuidadores aprendam as técnicas e estratégias de intervenção de modo a conseguirem aplicá-las no tratamento de forma tão satisfatória quanto especialistas treinados, no entanto, essa modalidade de intervenção precoce aplicada pelos pais ainda está sendo pesquisada. (ROGERS; DAWSON; VISMARA, 2015). O mais importante é que a criança tenha acesso à intervenção precoce. A duração e aplicação da intervenção variam, mas geralmente as sessões são realizadas por 20 horas semanais.

Nos casos de tratamento com os acompanhantes terapêuticos, ou simplesmente “AT’s” como são conhecidos, o atendimento possui uma duração de 15 horas semanais, sendo distribuídas em 3 horas diárias. É realizado na casa do paciente, promovendo a intervenção naturalista proposta pelo modelo Denver, utilizando os recursos que os responsáveis da criança proporcionam, como brinquedos, materiais, alimentos (para a hora o lanche) e afins. A intervenção diária é registrada por vídeos curtos, contendo a execução dos objetivos propostos no plano. É importante que todos os comportamentos relevantes sejam filmados, principalmente aqueles em que a criança não se desempenha bem no desenvolvimento do objetivo, pois, desse modo, é possível avaliar melhor quais são os antecedentes e circunstâncias que estão dificultando a aprendizagem da criança.

Todo esse tratamento é supervisionado por um coordenador de caso, o qual tem a função de mensurar a evolução e desenvolvimento da criança a partir dos objetivos do checklist; como também, auxiliar a prática clínica do acompanhante terapêutico; fornecer feedbacks detalhados à família; estabelecer uma comunicação assertiva com a equipe multidisciplinar, integrando e compartilhando informações relevantes sobre o desenvolvimento da criança, entre outras funções. De modo geral, o coordenador de caso organiza todo o processo de tratamento.

À medida em que o vínculo terapêutico for se estabelecendo, o terapeuta/ adulto terá mais liberdade para direcionar as brincadeiras ao desenvolvimento dos objetivos estabelecidos no checklist. Durante a escolha das atividades e brincadeiras, é muito importante levar em consideração as motivações e interesses da criança, pois o aprendizado não é muito eficaz com a criança desmotivada. Também é importante que os potenciais distratores no ambiente sejam afastados durante a intervenção, pois eles são grandes concorrentes que tiram o foco da criança do terapeuta, além de proporcionarem uma espécie de “fuga” quando a criança não está tão interessada em realizar as atividades do plano de intervenção. (ROGERS; DAWSON 2014).

Conforme Rogers e Dawson (2014) atestaram, o Modelo Denver possui muitos aspectos positivos. É um dos poucos métodos que possui uma base metodológica completamente comprovada cientificamente. Além disso, sua abordagem é a única que se concentra em estimular todos os aspectos do desenvolvimento infantil, apresentando uma estrutura de intervenção totalmente adaptada às necessidades e contextos em que a criança está inserida. Sua desvantagem, que na verdade é uma condição inerente à metodologia, é a limitação das idades compatíveis com o programa. A intervenção gira em torno de um checklist com atividades lúdicas e recreativas que envolve interesses em objetos e desenvolvimento de habilidades primárias, as quais não são apropriadas para crianças com idade inferior aos 12 meses ou superior aos 5 anos. Logo, esse modelo não é indicado para essas faixas etárias que demandam um currículo personalizado e outras abordagens de tratamento.

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Com o intuito de colher relatos que corroborem ainda mais com a proposta deste artigo, foi realizada uma entrevista semiestruturada com a psicóloga Cláudia Rodrigues, coordenadora de caso do Modelo Denver na Associação Fluminense de Amparo a Cegos, primeira instituição filantrópica de Niterói/RJ. Como indicado no nome, essa instituição destinava-se exclusivamente aos cuidados de pessoas com deficiência visual, no entanto, com o passar do tempo e aumento de algumas demandas, a instituição ampliou seu leque de atuação, passando a trabalhar também com crianças autistas a partir da abordagem naturalista de intervenção precoce do modelo denver. Abaixo segue-se a transcrição integral da entrevista:

1 - O que te inspirou a cuidar de crianças com TEA? Como foi sua jornada até aqui?

“Sempre tive interesse em saber mais sobre Autismo, enquanto estava na faculdade fazia algumas leituras sobre o tema, mas conheci mais afundo o mundo do autismo quando me formei em psicologia e comecei a trabalhar em uma ONG que atendia muitas crianças com TEA ou ainda em investigação. Desde então o estudo para atender e ajudar no desenvolvimento dessas crianças não parou mais”.

2 - Como você conheceu o Modelo Denver e há quanto tempo trabalha com ele?

“Conheci o Denver através de estudos para melhorias na atuação com as crianças na clínica. Há alguns anos fiz um curso de aplicador ABA, análise do comportamento, e foi aí que descobri que era possível mensurar os avanços alcançados com cada criança, e desde então a ciência ABA vem se desenvolvendo e ampliando o conhecimento para aplicarmos programas que façam mais sentidos para cada criança. Estando envolvida com esta demanda desde a minha formação, em maio de 2022 fui convidada para assumir o caso de um paciente de 3 anos que estava trabalhando com AT (assistente terapêutica) no modelo Denver, e foi aí que aprendi mais sobre o modelo e desde então me apaixono cada dia mais por ver na prática a eficiência que gera na vida de cada criança que atendo”.

2130

3 - De acordo com sua prática clínica, quais são os principais diferenciais e benefícios desse modelo de intervenção precoce?

“Trabalhar de forma naturalista, em seu ambiente natural e confortável, deixando a criança se divertir enquanto aprende, sem dúvidas é o que mais encanta. Mas poder mensurar os avanços e poder lincar com a ciência, estando junto com o corpo médico, deixa a nossa prática cada vez mais essencial e comprovada”.

4 - Quantas crianças a AFAC atende? A clínica recebe todos os níveis de autismo?

“Não sei responder quantas crianças ao certo, mas acredito que seja por volta de 100 crianças, ou mais, sendo elas com deficiência intelectual ou motora. Mas no modelo DENVER, sob a minha supervisão, estamos com 10 pacientes, lembrando que o projeto na AFAC iniciou em novembro de 2021, estando em crescimento responsável para podermos dar a mesma qualidade a todos pacientes que chegarem. O modelo Denver atende crianças até 5 anos de idade, sendo crianças que estão ainda em desenvolvimento ou com o diagnóstico fechado ou em investigação, muitas vezes ainda não sabemos o nível de suporte que elas precisarão ao longo da vida, mas independentemente dessa resposta, atendemos todas crianças com todas as suas demandas”.

5 - O Modelo Denver proporciona que a criança tenha alta algum dia?

“O modelo Denver foi desenvolvido para crianças com atrasos no desenvolvimento que tenham até 5 anos de idade, sejam elas diagnosticadas com TEA ou em investigação. Embora as evoluções sejam muito expressivas, porque o método favorece esse avanço, a criança diagnosticada a partir dos 5 anos possivelmente ainda precisará de auxílio no aprendizado de habilidades sociais e cognitivas, sendo necessário sua continuidade no tratamento pela análise do comportamento aplicada (ABA)”.

6 - Qual a importância da família no tratamento?

“É de extrema importância! A generalização e manutenção dos comportamentos aprendidos pela criança são realizados na vida cotidiana da mesma, que é composta pelo tempo com seus familiares, escola e clínica, sendo assim, todos os envolvidos possuem fundamental importância para o melhor desenvolvimento dessa criança”.

7 - Que dificuldades enfrentou ou enfrenta para colocar esse modelo em prática?

“Um dos maiores desafios, sem dúvidas, é o comprometimento da família, é preciso que estejam com mesmo intuito de se dedicar ao aprendizado desta criança, para que todos coloquem em prática o plano de intervenção previsto no tratamento. E para além desse comprometimento, como se tratam de crianças muito novas, a negação as vezes ainda é muito presente em algum membro da família, e essa desconstrução faz parte também do nosso trabalho de terapeutas, acolher uma família ferida e assegurar o desenvolvimento da criança”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como proposto no início desse artigo, através do estudo realizado investigando a relação entre a intervenção precoce e o transtorno do espectro autista, foi possível confirmar que a mesma assume uma importância vital para o desenvolvimento da criança atípica, aumentando as probabilidades de que ela se adapte e se estabeleça mais satisfatoriamente na sociedade, alcançando um estilo de vida com mais independência e qualidade.

Tais benefícios não são exclusivamente experimentados pela criança, mas também pela família, médicos, professores e afins. O dia a dia com uma criança atípica possui muitas dificuldades e obstáculos, entre um dos maiores deles: a fala. Para a família, é

demasiadamente difícil se comunicar com uma criança autista e a intervenção precoce surge como um poderoso mediador que estimula tanto a linguagem quanto outras inúmeras habilidades essenciais, ao mesmo tempo que também trabalha com um acompanhamento com os pais e cuidadores, orientando-os e dando instruções de como eles podem lidar com essas particularidades. Desse modo, percebemos que a intervenção precoce transforma a vida das crianças autistas e suas famílias, reduzindo as complexidades que a vivência dentro do TEA desencadeia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al; Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Artmed Editora, 2014. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 páginas.

CORREIO BRASILIENSE. Cerca de 2 milhões de pessoas vivem com autismo no Brasil. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/04/4997766-cerca-de-2-milhoes-de-pessoas-vivem-com-o-autismo-no-brasil.html>>. Acesso em: 06/04/2023.

DAWSON, Geraldine et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, v. 125, n. 1, p. e17-e23, 2010.

2132

GAIATO, Mayra; SOS Autismo: Guia completo para entender o Transtorno do Espectro Autista. 3ª edição. NVersos Editora, 2018. 256 páginas.

HULLE, Amanda Moura et al; O modelo denver de intervenção precoce (ESDM) no atendimento a crianças com transtorno do espectro autista. *Revista Esfera Acadêmica Humanas*, vol. 4, nº 2, Páginas 44-62. 2019.

INSTITUTO NEURO. Intervenção precoce baseada no modelo denver. Disponível em: <<https://www.institutoneuro.com.br/ead/course/intervencao-precoce-baseada-nomodelo-de/#section445>>

INSTITUTO SINGULAR. Explicando o transtorno do espectro autista. Disponível em: <https://institutosingular.org/transtornodoespectrodoautismo/?utm_source=google_ads&utm_medium=cpc&utm_campaign=13513444504&utm_content=136535822617&utm_term=&gclid=CjoKCQjwuLShBhC_ARIsAFod4fIxxk4LSrOjikyPzd9fqVkXbZcRG8SrIRqSmBLzXuVIzjRgCKkEN_xkaAlIIEALw_wcB>

MELLO, Ana Maria S. Ros de. Autismo: guia prático. 2ª edição. Coordenadoria Nacional Para Integração Da Pessoa Portadora De Deficiência – CORDE. Esplanada dos Ministérios – Bloco T anexo II 2º andar – sala 206; Brasília – DF, 2001.

ROGERS, Sally J.; DAWSON, Geraldine; VISMARA, Laurie A.; Austismo: compreender e agir em família. 1ª edição. Lisboa: Lidel, 2015. 348 páginas.

ROGERS, Sally J.; DAWSON, Geraldine. *Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lisboa: Lidel, 2014. 359 páginas.

ROGERS, Sally J. et al; *An Approach for Enhancing the Symbolic, Communicative, and Interpersonal Functioning of Young Children with Autism or Severe Emotional Handicaps*. *Journal of Early Intervention*, 1986. Volume 10.

SILVA, Ana Beatriz; GAIATO, Mayra; *Mundo Singular: entenda o autismo*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

TOMAZELI, Glecia Mara; *Estimulação precoce e autismo: a importância da estimulação precoce em crianças com o transtorno do espectro autista*. 2022.

VIDA SAUDÁVEL: o blog do Hospital Israelita Albert Einstein. *Espectro autista: entenda por que é um espectro e como é o transtorno*. Disponível em: <<https://vidasaudavel.einstein.br/espectroautista/#:~:text=O%20termo%20%E2%80%9Cespectro%E2%80%9D%20foi%20in%20serido,o%20%C3%BAnico%20dentro%20do%20espectro>>.