

**FAAT- FACULDADES ATIBAIA  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**RAYANNY ARAÚJO SANTOS**

**QUAL A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO PRECOCE NO TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA (TEA)?**

**ATIBAIA/SP**

**2017**

**FAAT - FACULDADES ATIBAIA**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**RAYANNY ARAÚJO SANTOS**

**QUAL A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO PRECOCE NO TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA (TEA)?**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como exigência parcial  
para obtenção do grau de Bacharel  
em Psicologia pela FAAT Faculdades  
Atibaia sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>  
Regina de Fátima Damazo.

**ATIBAIA/SP**

**2017**

Santos, Rayanny Araújo

S238q Qual a importância do diagnóstico e tratamento precoce no transtorno do espectro autista (TEA)? / Rayanny Araújo Santos, - 2017.

95 f.; 30 cm.

Orientação: Regina de Fátima Damazo

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Faculdades Atibaia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia da Faculdades Atibaia, 2017.

1. Transtorno do espectro autista (TEA) 2. Diagnóstico 3. Tratamentos 4. Intervenções comportamentais 5. Benefícios I. Santos, Rayanny Araújo II. Damazo, Regina de Fátima III. Título

CDD 150

# **CURSO DE PSICOLOGIA**

**RAYANNY ARAÚJO SANTOS**

## **QUAL A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)?**

Trabalho apresentado ao Curso de Psicologia, para apreciação da Professora Orientadora Regina de Fátima Damazo, que após sua análise considerou o Trabalho \_\_\_\_\_, com nota \_\_\_\_\_.

Atibaia, SP, 06 de Dezembro de 2017.

---

Profª Regina de Fatima Damazo

## Dedicatória

*Dedico este trabalho a todos os autistas que conheci  
ao longo da minha trajetória de estudante e aos  
profissionais e familiares que me transmitiram  
muitas experiências e conhecimentos!*

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado saúde, força, coragem e ter iluminado os meus passos me proporcionando essa experiência tão enriquecedora e inesquecível.

Aos meus pais, Ivone e Raimundo, por acreditarem na minha capacidade e me proporcionarem todo o suporte necessário para a concretização deste sonho!

Aos meus queridos irmãos e primos, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo sempre me fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

Ao meu namorado Bruno, por ter me ajudado durante este período de graduação e ter me encorajado, principalmente nos momentos difíceis.

À Psicóloga, Morgana Boaretto Madeira, que me acompanhou durante este percurso, obrigada pelas dicas de organização, planejamento e por me fazer lembrar das minhas capacidades.

À Psicóloga Mariana Tavares, por ter me proporcionado a oportunidade de atuar como acompanhante terapêutica de crianças autistas e entender a Teoria Comportamental no tratamento do TEA.

A todos os meus amigos da graduação, especialmente a Flávia, Giovanna e Thalita. Obrigada pelo carinho, ajuda e por todos os momentos inesquecíveis que vivemos durante esses 5 anos. Vocês deram a leveza necessária para seguir em frente e superar todos os desafios.

A todos os Professores que compõem o corpo docente do curso, obrigada por me transmitirem o conhecimento, a sabedoria, o amor, o respeito e a ética da profissão.

Agradeço especialmente a minha orientadora, Professora Regina de Fátima Damazo que me apoiou e confiou no desenvolvimento deste trabalho. Agradeço imensamente por sua dedicação e por todas as orientações ao longo dos últimos anos.

*“Conviver com o autismo é sem dúvida conviver com  
outros olhares, outras formas de ver e sentir os  
outros e o mundo que nos rodeia (...)”*

*(Nora Cavaco, 2015)*

SANTOS, Rayanny Araújo. Qual a importância do diagnóstico e tratamento precoce no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)?

## RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que está relacionado a um grupo de condições com déficits e prejuízos comportamentais, na interação social e comunicação. Este trabalho visou destacar a importância do diagnóstico e do tratamento precoce e teve como objetivo apresentar como o Psicólogo, utilizando a Teoria Comportamental, poderia realizar o diagnóstico e as intervenções em conjunto com outros profissionais e a família do paciente. O trabalho configurou-se como uma pesquisa bibliográfica realizada com base em dados científicos, analisados em livros, revistas, pesquisas e em sites acadêmicos entre os anos 1943 a 2017. Observou-se que o Psicólogo poderia se deparar com diversos desafios no processo do Psicodiagnóstico para alcançar a conclusão do diagnóstico precocemente. Foi avaliado que é muito relevante que a família receba informações e orientações e seja participativa desde a identificação precoce dos sinais e sintomas, assim como no início e percurso do tratamento. Desta forma, através da análise dos estudos de casos apresentados verificou-se os benefícios da Teoria Comportamental com base nos princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA), para crianças autistas, independentemente da idade, assim como a importância do diagnóstico e intervenções que possam aumentar as probabilidades da criança autista desenvolver habilidades deficitárias, como a comunicação, interação e comportamentos adaptativos.

**Palavras – chave:** Transtorno do Espectro Autista (TEA); Diagnóstico; tratamentos; intervenções comportamentais; benefícios; eficácia; Teoria Comportamental.

SANTOS, Rayanny Araújo. What is the importance of early diagnosis and treatment in Autism Spectrum Disorder (ASD)?

### **ABSTRACT**

Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that is related to a group of conditions with deficits and behavioral impairments in social interaction and communication. The aim of this study was to highlight the importance of diagnosis and early treatment and its objective was to present how the professional Psychologist, using Behavioral Theory, could perform the diagnosis and the interventions together with other professionals and the patient's family. The work was set up as a bibliographic research based on scientific data, analyzed in books, journals, research and academic sites between the years 1943 to 2017. It was observed that the professional Psychologist could encounter several challenges in the process of Psychodiagnosis to reach the conclusion of the diagnosis precociously. It was evaluated that it is very important that the family receive information and guidance and be participative from the early identification of signs and symptoms, as well as at the beginning and course of treatment. Thus, through the analysis of the case studies presented, the benefits of Behavioral Theory based on the principles of Applied Behavior Analysis (ABA) for autistic children, regardless of age, was confirmed, as well as the importance of the diagnosis and interventions that may increase the odds of the autistic children developing deficit skills, such as communication, interaction and adaptive behaviors.

**Keywords:** Autistic Spectrum Disorder (ASD); Diagnosis; treatments; behavioral interventions; benefits; efficiency; Behavioral Theory.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>19</b>
<b>1. HISTÓRIA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) .....</b>	<b>19</b>
1.1. Psiquiatria.....	19
1.2. Psicopedagogia .....	25
1.3. Teoria Comportamental .....	29
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>33</b>
<b>2. INTERVENÇÕES DA TEORIA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TEA</b> <b>.....</b>	<b>33</b>
2.1. Estudo de Caso .....	33
2.2. Análise do Estudo de Caso .....	37
2.2.1. Ensino Por Tentativas Discretas (DTT) .....	37
2.2.2. Ensino Incidental.....	39
2.2.3. Modelagem .....	42
2.2.4. Orientação à família.....	44
2.2.5. Estimulação de habilidades deficitárias .....	46
2.3. Outras Intervenções para o Estudo de Caso .....	49
2.3.1. Treinamento com os Pais .....	49
2.3.2. O Trabalho em conjunto com o Fonoaudiólogo .....	51
2.3.3. O Trabalho em conjunto com o Terapeuta Ocupacional.....	53
2.3.4. Pareamento de Figuras.....	55
2.3.5. Psicodiagnóstico .....	57
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>60</b>
<b>3. OS BENEFÍCIOS DA TEORIA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TEA</b> <b>.....</b>	<b>60</b>
3.1. Estudo de Caso 1 .....	60

3.2. Análise dos Benefícios do Estudo de Caso 1 .....	65
3.2.1. Modelagem .....	65
3.2.2. Estimulação das habilidades deficitárias .....	67
3.2.3. Pareamento de figuras.....	70
3.3. Resumo literal do Estudo de Caso 2 .....	72
3.3.1. Análise do Estudo de Caso 2 .....	79
3.3.2. Psicodiagnóstico.....	79
3.3.3. Orientação à família .....	82
3.3.4 Considerações do capítulo .....	85
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>88</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar como o Psicólogo poderá realizar o diagnóstico e as intervenções no Transtorno do Espectro Autista (TEA), junto com outros profissionais e a família do paciente, utilizando a Teoria Comportamental. Os dados serão coletados por meio de uma pesquisa de levantamento bibliográfico, tendo como base informações de livros, revistas científicas e pesquisas acadêmicas entre os anos 1943 a 2017.

Antigamente o Autismo era denominado por “distúrbio autístico do contato afetivo”, conceito do psiquiatra austríaco Leo Kanner, em 1943. Logo depois, esse termo foi substituído por “autismo infantil precoce” (Kanner, 1944).

Atualmente o conceito de autismo foi modificando-se com base em pesquisas científicas, as quais identificaram diferentes etiologias, graus de severidade e características. Seu diagnóstico conta atualmente com dois instrumentos oficiais – DSM V e CID 10, além de testes neuropsicológicos específicos.

Com base em estudos nas diversas áreas de conhecimento científico iremos propor e conceituar como deve ser realizado o diagnóstico e tratamento precoce com pacientes que tem como condição de vida o TEA.

Iremos compreender o trabalho no âmbito clínico realizado em conjunto com equipe multidisciplinar composta por profissionais especializados como Pediatra, Psiquiatra, Médico, Neurologista, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional, Musico terapeuta, Psicopedagogo e Professor. Assim como buscar compreender como a atuação em conjunto com o Psicólogo e com os familiares, poderá trazer benefícios e progressos durante o tratamento, assim como mostrar os prejuízos causados e prognóstico caso não aconteça a intervenção e tratamento precoce.

O processo diagnóstico deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar que esteja preparada para identificar os sinais e sintomas precoce do TEA, desta forma o Pediatra atua na avaliação segundo Gomes P.T “O diagnóstico de TEA é essencialmente clínico, feito a partir das observações da criança, entrevistas com os pais e aplicação de instrumentos específicos.” (2015, p.112)

Atualmente há testes que auxiliam os profissionais no diagnóstico do TEA, como por exemplo, a Escala de Classificação de Autismo na Infância, Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e Modified Checklist for Autism in Toddlers.

O Psicólogo a partir dos seus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, realizará uma avaliação psicológica que inclui segundo Mulick J.A (2009, p.126) “informações detalhadas acerca do funcionamento cognitivo e adaptativo da criança, o que é essencial para a formulação de um plano de intervenção individualizado.”

Mulik (2009) ressalta a importância de obter informações sobre a dinâmica familiar, histórico de problemas mentais, médicos, de desenvolvimento e de aprendizado entre membros da família, história da gravidez, uso de medicação, o que a criança já atingiu em termos de desenvolvimento e quais problemas de comportamento são apresentados.

Segundo Veloso (2010, s.p) “ As alterações de linguagem influenciam no prognóstico destes quadros, podendo variar de acordo com a severidade do quadro. ” Compreendemos, portanto, que a avaliação de linguagem que é um aspecto notadamente comprometido, realizada pelo Fonoaudiólogo auxiliará no diagnóstico e no adequado planejamento de intervenção.

Uma vez que o diagnóstico de TEA tenha sido confirmado, os profissionais precisam determinar os encaminhamentos necessários para iniciar o tratamento apropriado.

Segundo estudos os sinais de autismo surgem no desenvolvimento inicial dos bebês, Bosa (2005, p.47) afirma que:

Alguns estudos mostraram que esses bebês, comparados a outros sem problemas de desenvolvimento, tenderão a apresentar menor frequência de contato olho-a-olho, sorriso e orientação para a face, durante interações com suas mães, desde os primeiros meses de vida.

Quando os pais recebem um diagnóstico de autismo para seu filho, eles se deparam com inúmeras dificuldades e com o sofrimento de encarar a realidade sobre a patologia.

Leo Buscaglia diz que os pais se deparam com um grande desafio, no qual só estarão preparados “se estiverem dispostos a aceitar o fato de que são pessoas em primeiro lugar, pais em segundo, e só então pais de uma criança deficiente. ” (1993,p.101)

Os profissionais devem tomar os devidos cuidados ao dar a notícia do diagnóstico para os pais e familiares, pois segundo Prado (2004), entendemos que “o impacto é grande diante da descoberta de que um dos seus membros tem necessidades especiais e a aceitação do fato depende da história de cada família, de suas crenças, preconceitos e valores. ”(p. 87)

Portanto, é importante compreender a interação e a dinâmica familiar ao estudar o autismo, pois conforme estudos de Sprovieri e Assumpção JR (2001), a síndrome traz consequências para o indivíduo, interferindo na sua posição e no seu estilo de vida.

Este diagnóstico gera medo, insegurança e ansiedade aos pais, ao mesmo tempo traz desafios para os profissionais que atuam nesta área, pois encontram muitas dificuldades para conceituar o diagnóstico, pois o TEA apresenta segundo o DSM - V três níveis de gravidade, nível 1 “Exigindo apoio”, nível 2 “Exigindo apoio substancial” e no nível 3 “ Exigindo muito apoio substancial”.

Como o TEA apresenta diversas especificidades e diferentes manifestações que dependem da gravidade da condição autista, o diagnóstico deve ser realizado de forma precisa.

A partir dos estudos de Alexsandra V. Elias; Francisco B. Assumpção Jr (2006), podemos afirmar que:

O autismo está classificado na subcategoria dos transtornos invasivos do desenvolvimento e inclui prejuízos na interação social, na comunicação, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses, atividades e início antes dos 3 anos de idade. (p.295)

As manifestações clínicas variam amplamente em termos de níveis de gravidade, portanto segundo Klin (2006) o autismo é um transtorno de desenvolvimento que requer análises por ser muito complexo e estar em vários níveis diferentes “como do comportamento à cognição, da neurobiologia à genética, e as estreitas interações ao longo do tempo”. (p.1)

Para o TEA não há cura, mas é possível diminuir a gravidade do quadro do espectro logo após o diagnóstico precoce, a partir dos tratamentos interventivos que podem ser realizados com equipe multidisciplinar e com a família. Segundo Ferreira, (2009, p.15) sabe-se que no autismo, “nem todos são iguais e nem todos têm as mesmas características. Uns podem ser mais atentos, uns mais intelectuais e outros mais sociáveis, e assim por diante”. Os autistas podem se desenvolver ao longo da vida, pois mesmo dentro de suas limitações são capazes de aprender, portanto é essencial entender como agem e se comportam em diversas situações.

O interesse por este tema ocorreu pela grande incidência dos casos, a falta de comprovações científicas e investigações no campo teórico. Em 2014 tive meu primeiro contato com o Transtorno do Espectro Autista na Instituição Casa de David – Unidade II de Atibaia, que abriga e cuida de pessoas com deficiência intelectual, física e com autismo, tive a oportunidade de conviver com adolescentes, adultos e idosos autistas com diversas comorbidades, em dois anos e meio foi possível acompanhar internações, o sofrimento dos familiares, a dificuldades dos profissionais e cuidadores em lidar com as manifestações comportamentais que são apresentadas pelos autistas.

Este trabalho tem como relevância social mostrar a importância do diagnóstico e conceituação dos níveis de gravidade, o tratamento precoce e a integração do trabalho realizado pela equipe multidisciplinar e familiares.

A relevância científica é a forma de conceber o autismo, de categorizá-lo e, sobretudo, entender as ferramentas que são utilizadas para realizar o diagnóstico, como os critérios do DSM – V e CID 10, assim como avaliações realizadas por equipe multidisciplinar e observações comportamentais relacionadas ao desenvolvimento infantil. Observou-se através de pesquisas que nos últimos anos houve um aumento relevante no número de crianças que portam esse diagnóstico. Segundo a Organização das Nações unidas (ONU), 1% da população mundial – ou um em cada 68 crianças – apresenta algum transtorno do espectro do autismo. Consideramos no ponto de vista acadêmico a falta de estudos e pesquisas relacionados ao TEA e a necessidade de mais informações e conhecimentos epistemológicos voltados para este público.

Muitos métodos de aprendizagem e intervenção são utilizados atualmente logo após o diagnóstico precoce para o tratamento do TEA, em que buscasse possibilitar melhores condições para o desenvolvimento. Segundo Marinho. E (2009 p. 01), os métodos de aprendizagem são:

Atualmente são três os métodos de aprendizagem destinados a crianças autistas: ABA – análise aplicada do comportamento; PECS – sistema de comunicação através de trocas de figuras e TEACCH – programa de aprendizado individualizado.

Muitos modelos de intervenção são oferecidos para realizar o tratamento do TEA, neste trabalho nos deteremos ao ABA - Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis*), que utiliza como base os estudos do Behaviorismo. Segundo Lear K. (2004, p.5) “ A intervenção precoce é importante, mas esse tipo de técnica também pode beneficiar crianças maiores e adultos.”

Outro modelo que poderemos nos apropriar é o TEACCH – Tratamento e Educação para Autistas (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), composto por diferentes materiais visuais para aperfeiçoar a linguagem, o aprendizado e reduzir comportamentos inapropriados. Segundo a Revista Autismo e Realidade (2015) O Programa TEACCH é um treinamento e programa clínico que surge a partir de pesquisas realizadas na Universidade da Carolina do Norte, desenvolvidas pelos doutores Eric Schopler e Robert Reichler na década 60.

O PECS - Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (*Picture Exchange Communication System*), segundo a Revista Autismo (2012) o protocolo baseia-se na investigação e na prática dos princípios da ABA, em que inclui seis fases e também as estratégias para a introdução de atributos (cor, tamanho, preposição, entre outros).

Partindo então destes pressupostos se faz necessário a atuação do Psicólogo para este público, com o propósito de realizar um diagnóstico adequado para auxiliar e oferecer melhores condições para as crianças se desenvolverem dentro do espectro, assim como buscar entender os sinais, sintomas e comportamentos apresentados por este transtorno e os tratamentos que são oferecidos.

A partir das pesquisas e estudos analítico - comportamental realizados com indivíduos autistas Goulart e Assis (2002), realizaram análises de trabalhos para identificar variáveis do controle de estímulos, como figuras, letras e números. Foram utilizados também operantes verbais, com objetos reais e frases “O que é isso? ” “O que você quer? ” Os autores selecionaram trabalhos de pesquisas, publicados nos últimos 15 anos em revistas especializadas em análise do comportamento.

Compreendemos através desta pesquisa que a Análise do Comportamento Aplicada se mostra altamente eficaz para este público.

Segundo os estudos de Goulart e Assis (2002 s.p) podemos considerar:

Crianças com autismo apresentam deficiências em habilidades sociais às quais estão intimamente relacionados problemas no desenvolvimento de linguagem, além de se engajarem com mais frequência do que crianças com desenvolvimento normal em comportamentos repetitivos e estereotipados.

Os autores também ressaltam a carência de pesquisas e trabalhos voltados para programas de prevenção e de educação de pais e familiares de autistas.

De acordo com a pesquisa realizada pelo autor Marques (2011). Foi realizado um estudo correlacionado, em que foi desenvolvido numa amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 50 pais de crianças e jovens autistas. Os pais preencheram um questionário constituído por dados sociodemográficos, o Family Needs Survey (FNS); Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES-III), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES) e o Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP). Para análise dos dados, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial.

A pesquisa concluiu que ser pai de uma criança ou jovem com autismo representa ter necessidades insatisfeitas que podem ter implicações tanto no nível pessoal como no familiar. Sugere-se que se providenciem recursos nas vertentes social, educativa e de saúde, no sentido de criar, de forma planeada e abrangente, serviços que respondam às necessidades específicas dessas famílias.

De acordo com os estudos e pesquisa de Bosa (2014) em que foram investigados os primeiros sintomas percebidos pelos pais de crianças com autismo. Participaram 32 crianças em idade pré-escolar, que foram atendidas no Cincinnati

Children's Hospital Medical Center (CHMC), em Ohio (EUA), nos anos de 2008 e 2009. Todas as crianças são caucasianas e têm o diagnóstico de TEA, realizado por especialistas. A média de idade das crianças é 4,17 anos ( $DP=1,06$ ) e a maioria delas é do sexo masculino (75,75%), com uma proporção em relação ao sexo feminino de (5,4:1). Os sintomas mais frequentemente observados pelos pais foram os comprometimentos no desenvolvimento da linguagem, porém os da socialização foram os mais precocemente identificados. No geral, a idade média em que os primeiros sintomas foram percebidos foi 15,2 meses.

Através de estudos, pesquisas e informações iremos nos pautar no decorrer deste trabalho nos conhecimentos e práticas para estabelecer um diagnóstico precoce, que deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, assim como enfatizar os tipos de tratamento e modelos interventivos, terapêuticos e eficazes de acordo com estratégias da Teoria Comportamental.

## **CAPÍTULO 1**

### **1. HISTÓRIA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

O presente capítulo tem como objetivo entender a retrospectiva histórica e cronológica do TEA, diante da visão das abordagens da Psiquiatria, Psicopedagogia e Teoria Comportamental.

#### **1.1. Psiquiatria**

Em 1906, Bleuler, Psiquiatra Suíço, cunhou o termo “autismo”, para caracterizar sintomas negativos de pacientes esquizofrênicos. Posteriormente, o Psiquiatra Austríaco Leo Kanner em 1943, usou a mesma expressão para descrever crianças que demonstravam isolamento social, comportamentos obsessivos e déficits de comunicação. De acordo com Kanner, esses indivíduos apresentavam uma forma precoce de esquizofrenia, que intitulou inicialmente de “distúrbio autístico do contato afetivo”. Nesta obra Kanner realizou uma pesquisa com onze crianças e percebeu que elas não demonstravam interesse pelas outras pessoas, ou seja não tinham contato afetivo. Logo depois esse termo foi substituído por “autismo infantil precoce”, em 1944, pois os sintomas apareciam na primeira infância. Ele observou que essas crianças apresentavam movimentos estereotipados, resistência a mudanças e ecolalia, assim como comportamentos incomuns e déficits de relacionamento social.

Após a descrição de Kanner, outro Médico Austríaco Hans Asperger (1944), descreveu crianças que eram aparentemente mais inteligentes e sem atrasos significativos na linguagem, este quadro foi denominado Síndrome de Asperger. Em sua obra “A psicopatia autista na infância” postulada em 1944, ele observou padrões de habilidades e comportamentos que apresentavam deficiências sociais graves e percebeu que ocorriam preferencialmente em crianças do sexo masculino. De acordo com Klin (2006) as obras de Asperger tornaram-se mais populares em 1981, quando Lorna Wing divulgou casos com sintomas semelhantes.

Nos anos seguintes o autismo foi considerado como esquizofrenia, pois de acordo com Nunes (2011, p. 538)

A concepção de autismo, enquanto manifestação da esquizofrenia, prevaleceu nas duas décadas subsequentes, conforme evidenciado na primeira e na segunda edições do DSM (Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais) publicadas, respectivamente, em 1952 e 1962.

Em 1975, o autismo infantil foi desvinculado da esquizofrenia no CID-9 (Classificação Internacional de Doenças), como uma psicose da infância. (Suplicy, 1993).

Segundo Michael Rutter (1978, apud KLIN, 2006) Michael Rutter criou um marco divisor na compreensão desse transtorno mental ao classificar o autismo e propor sua definição com base em quatro critérios:

1) atraso e desvio sociais não só como deficiência intelectual; 2) problemas de comunicação e novamente, não só em função de deficiência intelectual associada; 3) comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; e 4) início antes dos 30 meses de idade. (p. 02)

Em 1980 os critérios de Rutter foram significantes para o DSM – III. Segundo Klin (2006) “o autismo pela primeira vez foi reconhecido e colocado em uma nova classe de transtornos, a saber: os transtornos invasivos do desenvolvimento (TIDs)” (p.02). Portanto, o DSM-III e sua revisão foram importantes para a revolução no diagnóstico do autismo, pois o termo Autismo Infantil mudou para TIDs.

No ano de 1994 o DSM-IV foi publicado, segundo Klin (2006, p.03) “Os sistemas de avaliação do DSM-IV e da CID- 10 foram tornados equivalentes para evitar uma possível confusão entre pesquisadores e clínicos que trabalham em diferentes partes do mundo”. Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 de acordo com Tamanha (2008, p. 298):

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento foram classificados como um grupo de alterações, caracterizadas por alterações qualitativas da interação social e modalidades de comunicação, e por um repertório de interesses e atividades restrito e estereotipado.

Na revisão do DSM-Tr foi proposta as subcategorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento e considerou-se a distinção entre o autismo e a síndrome de aspenger.

De acordo com Onzi (2015, p. 192) “ Os pais dos indivíduos com TEA são normalmente os primeiros a verificar que algo diferente está acontecendo com seu filho”. Portanto, buscam ajuda de profissionais especializados e inicia-se o diagnóstico que hoje em dia é realizado de acordo com os critérios do DSM – V (APA 2014, p. 53):

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D).

Desta forma o diagnóstico deve ser realizado com base nos critérios e níveis de gravidade conforme a tabela abaixo, porém para ser confiável deve-se obter um conjunto de informações e dados relevantes, através da observação, escuta, compreensão da história e auto relato dos familiares, cuidadores e demais profissionais que acompanham a criança, pois segundo Mulik (2009) “os profissionais envolvidos no processo de diagnóstico precisam ser capazes de obter as informações necessárias de forma cuidadosa e criteriosa”. (p.123) Portanto, é necessário que as informações sejam exploradas para verificar se os sintomas fazem parte do quadro diagnóstico do TEA.

**Critérios Diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista 299.00 (F84.0)  
DSM – V (APA 2014)**

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
<b>Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”</b>	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
<b>Nível 2 “Exigindo apoio substancial”</b>	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
<b>Nível 1 “Exigindo apoio”</b>	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

O termo TEA engloba todos os conceitos anteriores, pois de acordo com o DSM – V (APA 2014, p. 53):

O Transtorno do Espectro Autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de auto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

De acordo com a publicação da Revista Autismo realizada em setembro de 2010, a ONU (Organização das Nações Unidas) criou a partir de 2008 o Dia Mundial da Conscientização do Autismo. Desde então no dia 02 de abril são realizadas conscientizações sobre o TEA.

Atualmente com o crescente número de crianças diagnosticadas com TEA quanto mais precocemente for diagnosticada, maiores serão as probabilidades de desenvolver-se, com o auxílio de intervenções mais efetivas (Onzi,2015).

Com relação a idade para ser realizado o diagnóstico, segundo o DSM – V (APA 2014, p.55) compreende-se que:

Os sintomas costumam ser reconhecidos durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses), embora possam ser vistos antes dos 12 meses de idade, se os atrasos do desenvolvimento forem graves, ou percebidos após os 24 meses, se os sintomas forem mais sutis.

De acordo com o DSM – V os sintomas de TEA manifestam-se na primeira infância, portanto é o período em que os pais devem observar os sinais de alerta.

A Psiquiatria pode contribuir no tratamento medicamentoso que atua na redução dos sintomas como a agitação, portanto dependendo da especificidade do caso podem ser utilizados neurolépticos, dentre outros recursos psicofarmacoterápicos. Os tratamentos devem considerar as diferenças dos sintomas autísticos, incluindo uma equipe multidisciplinar e a participação da família no processo. (Assumpção, 2000)

Segundo Gadia (2004, p.90) “O uso de medicamentos no autismo é incipiente. Neurolépticos, especialmente o haloperidol, têm sido as drogas mais usadas para o tratamento de distúrbios comportamentais em autistas”. De acordo com o autor o

haloperidol diminui alguns sintomas que são apresentados por portadores de TEA, como comportamentos auto estimulantes, estereotípias e agressividade.

No decorrer dos anos muitos métodos de intervenção estão sendo utilizados no tratamento de crianças diagnosticadas com TEA por diferentes áreas do conhecimento que compõem a equipe multidisciplinar.

No início dos anos 70 o casal Barry e Samahria Kaufman, fundaram o Programa Son-Rise que atualmente é utilizado por Terapeutas Ocupacionais, Educadores, Psicólogos e pais de crianças com TEA. Segundo Tolezani (2010) o Programa oferece interações divertidas em que a criança autista aprende novas habilidades, através do reconhecimento das capacidades e interação. É importante que o profissional elabore atividades, utilize brinquedos, seja divertido e criativo para que a criança autista apresente progressos com relação a atenção, comunicação, motivação, participação física e contato visual. Deste modo o autista passa a relacionar-se a partir de suas preferências, interações e participações, portanto o programa faz uma ligação entre os sinais apresentados pela criança e o mundo convencional. É relevante para o processo de intervenção que os pais tenham uma participação ativa no tratamento.

Na década de 1970 Beatriz Padovan criou o método Padovan de Reorganização Neurofuncional. Este método tem como objetivo promover melhorias no desenvolvimento dos autistas e é utilizado principalmente pela área da Fonoaudiologia. Segundo Costa (2010, p.21) “utilizando o Método Padovan, nós estaremos fortalecendo o sistema nervoso como um todo e conseqüentemente, promovendo o equilíbrio entre todos os sentidos.” Este método contribui para que os autistas consigam superar as dificuldades a partir da estimulação dos movimentos naturais, pois de acordo com Costa (2010) “As funções reflexo – vegetativas orais, que também são estimuladas na terapia Padovan, são quatro: sugar, mastigar, respirar e deglutir”. (p.21) Portanto, através de técnicas o Fonoaudiólogo pode auxiliar no tratamento de crianças com TEA.

O Floortime é uma abordagem desenvolvimentista que foi criada pelo Psiquiatra infantil Stanley Greenspan nos anos 80. Hoje em dia é utilizada por Psicoterapeutas, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e pais de crianças com TEA que auxiliam a conquistar progressos em termos de desenvolvimento. Segundo Piacentini (2011, p.17) “O Floortime cria oportunidades

para uma criança aprender os níveis de desenvolvimento crítico. Ele pode ser implementado tanto como um procedimento e uma filosofia em casa e na escola”. O profissional utiliza-se de brincadeiras e interações, portanto através esta abordagem interventiva a criança portadora do TEA poderá obter progressos com relação ao desenvolvimento que é continuado a partir do desenvolvimento típico preliminar. De acordo com Bosa (2011) “Os modelos de intervenção com foco no desenvolvimento têm sido utilizados de modo combinado com as terapias psicoeducacionais, comportamentais e farmacológica”. (p. 92)

Este levantamento histórico nos permitiu observar a evolução do conceito do TEA, assim como as diferentes intervenções que são aplicadas aos tratamentos.

## **1.2. Psicopedagogia**

Com a diversidade das demandas apresentadas pelo TEA evidencia-se a necessidade de um acompanhamento realizado pela área da Psicopedagogia que contribuirá com o processo de investigação, intervenção e orientação para promover progressos relacionados ao desenvolvimento e aprendizagem da criança autista em conjunto com uma equipe multidisciplinar, pois segundo Gadia (2004, p.89)

O manejo de autistas requer uma intervenção multidisciplinar. As bases do tratamento envolvem técnicas de mudança de comportamento, programas educacionais ou de trabalho e terapias de linguagem e comunicação. É essencial trabalhar com psicólogos e educadores bem treinados em análise comportamental funcional e em técnicas de mudança de comportamento.

Desta forma, observa-se a necessidade de ter o acompanhamento do Psicopedagogo que atua como um mediador entre a escola, a família e equipe multidisciplinar, pois a intervenção psicopedagógica deve ser planejada de acordo com os aspectos apresentados pela criança autista, pois segundo Berehff (1993):

Deve-se considerar também o nível de desenvolvimento da criança ou do jovem autista, ao selecionar os objetivos a serem trabalhados numa programação psicopedagógica. É fundamental observar que tal programação não esteja acima de suas condições cognitivas. (p.13)

Para Bereohff (1993), é preciso levar em conta as deficiências de comunicação, atenção, comportamento e interação que são apresentadas por crianças com TEA, portanto é necessário que a intervenção psicopedagógica esteja de acordo com as necessidades de cada criança.

De acordo com a literatura a Psicopedagogia utiliza três métodos para o tratamento de crianças com TEA, que são: ABA – Análise Do Comportamento Aplicada (*Appilied Behavior Analysis*), o PECS - Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (*Picture Exchange Communcation System*) que é pautada no método ABA e o TEACCH- Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à comunicação (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*). Utilizando estes métodos interventivos o Psicopedagogo poderá atuar visando a aprendizagem e desenvolvimento dos portadores de TEA.

O método ABA tem como objetivo atuar com foco nos comportamentos, em ambientes como a casa e a escola. É importante que haja o envolvimento de mediadores, familiares e profissionais especializados no processo. De acordo com Ribeiro (2010) “O método ABA pode intencionalmente ensinar a criança a exibir comportamentos mais adequados no lugar dos comportamentos problemas”. (p.23). Portanto, o objetivo do método é que a criança autista consiga alcançar conquistas em termos de desenvolvimento e habilidades frente ao contexto social, atividades diárias e escolares que envolvem a comunicação, aprendizagem e adaptação.

Deste modo o Psicopedagogo deve promover atividades lúdicas de forma criativa, pois a aprendizagem da criança autista deve acontecer a partir de momentos agradáveis, desta forma pode-se utilizar reforçadores, objetivando que a criança permaneça interessada e fortaleça os comportamentos positivos que são apresentados em pequenos progressos pela criança autista. (Ribeiro, 2010).

O método DTT (*Discrete Trial Teaching*) - Ensino Por tentativas Discretas está dentro da metodologia da ABA. De acordo com Lear (2004, p.1-6) “[...] caracteriza-se por dividir sequências complicadas de aprendizado em passos muito pequenos ou “discretos” (separados) ensinados um de cada vez durante uma série de “tentativas”. Este método poderá ser utilizado pelo Psicopedagogo ao realizar tentativas de ensino como na fase da alfabetização, através das tentativas discretas utilizando o

reforçamento positivo como premiações para alcançar progressos com a criança e promover a aprendizagem de forma gradativa, atentando-se aos mínimos detalhes que a criança apresenta.

É importante que o Psicopedagogo junto ao Psicólogo e Professor realize avaliações e estabeleçam um plano de ação, ou seja como ensinar a criança autista que deve ser realizado através um currículo, pois de acordo com Lear (2004, p.7-1) “Um currículo é usualmente desenvolvido ou escolhido depois que uma avaliação inicial tenha indicado em que nível de habilidade a criança está funcionando atualmente”. Desta forma o currículo é imprescindível para que se estabeleça uma intervenção mais diretiva e focada nos progressos e aprendizagens que a criança poderá alcançar.

Durante as intervenções utilizando o método ABA o Psicopedagogo deve realizar registros para analisar através de gráficos os progressos e insucessos apresentados pela criança autista. É necessário que se realize um constante planejamento de como ensinar a criança, preparando um ambiente adequado e organizado. (Lear, 2004)

Segundo Menezes (2015, p.08) “A intervenção psicopedagógica deve ser abrangente, o foco precisa considerar aspectos sociais, emocionais, comportamentais e cognitivos, além de orientações e apoio para família e escola” Portanto é de suma importância que o Psicopedagogo realize avaliações constantes do caso e execute as devidas orientações, mantendo uma comunicação com os demais profissionais que acompanham a criança autista.

Outra metodologia interventiva que pode ser utilizada pelo Psicopedagogo é o PECS que foi desenvolvido em 1994 por Andy Bondy e Lord Frost. Atualmente é utilizado também por Psicólogos, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, Professores e pais de crianças com TEA. De acordo com Ramos (2011) este método auxilia a criança autista a comunicar-se através da troca de imagens de forma espontânea e estruturada, portanto compreende-se segundo Ramos (2011, p.36):

O PECS trabalha com atividades e materiais funcionais e pode ser utilizado com o aluno que tenha fala suplementando-a como comunicação aumentativa ou alternativa, quando a fala não se desenvolveu ou foi perdida.

O Psicopedagogo poderá utilizar este método para auxiliar a criança com TEA a aprender e se expressar através de figuras que visam o desenvolvimento da comunicação. Desta forma o Psicopedagogo deve seguir as seis fases do método, de acordo com Bondy e Frost (2001, apud MIZAEL, 2013)

O treino com o PECS se dá via seis fases, que são: 1) fazer pedidos através da troca de figuras pelos itens desejados; 2) ir até a tábua de comunicação, apanhar uma figura, ir a um adulto e entregá-la em sua mão; 3) discriminar entre as figuras; 4) solicitar itens utilizando várias palavras em frases simples, fixadas na tábua de comunicação; 5) responder à pergunta O que você quer; 6) emitir comentários espontâneos (p. 624)

Utilizando como base está metodologia o Psicopedagogo deverá manusear figuras como mediadoras para ensinar a criança autista através de trocas, escolhas por itens que demonstre interesse, solicitação de pedidos, comunicação das necessidades, dificuldades e vontades. Em paralelo ensinara noções de distância e estimulara a discriminação entre objetos e formação de frases com as figuras. O objetivo é que a criança seja estimulada a fazer comentários, aprenda como responder, fazer perguntas e comentários. (Ramos,2011)

Outro método que pode ser utilizado pelos Psicopedagogos é o TEACCH que foi iniciado no ano de 1960 e desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill por Eric Schopler. De acordo com Cleto (2010, p.18) “O TEACCH ensina a relação de causa e efeito, trabalha com a comunicação (formas expressivas ou alternativas) e prepara o indivíduo para que tenha habilidades necessárias para a vida adulta”.

Esse programa tem sido utilizado nos contextos educativos e tem contribuído para a base de intervenções com crianças portadoras de TEA, para viverem com mais autonomia, a partir das habilidades que vão sendo adquiridas através de informações visuais e organização da rotina (Cleto,2010).

O Psicopedagogo poderá utilizar o TEACHH para promover organização do ambiente e das tarefas que indicarão a rotina com previsibilidade através de orientações, informações visuais, fala, escrita, expressões faciais, recursos auditivos e demonstração de figuras para favorecer o entendimento e conseqüentemente a aprendizagem da criança autista.

A metodologia ABA, o PECS e o programa TEACHH permitem que mais de uma pessoa trabalhe com a criança, portanto o Psicopedagogo poderá atuar em conjunto com os demais profissionais utilizando a mesma metodologia de ensino e aprendizagem, pois o trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar contribuirá para a generalização e continuidade das capacidades que são desenvolvidas pela criança com TEA.

Diante dos modelos interventivos compreendemos segundo Menezes (2015, p.08) “ O Psicopedagogo deve trabalhar com o propósito de minimizar as limitações e ampliar as potencialidades do sujeito, independente da estratégia metodológica escolhida”. Consideramos, portanto a importância da atuação do Psicopedagogo no tratamento de crianças com TEA, principalmente no contexto escolar, visto que a criança necessita de um mediador no momento da adaptação e conviveu em ambientes como a escola (Menezes, 2015).

Tanto o Psicopedagogo como o Psicólogo são profissionais fundamentais para compor a equipe multidisciplinar no tratamento do TEA, pois visam o desenvolvimento da criança com foco na aprendizagem e mudanças de comportamentos.

### **1.3. Teoria Comportamental**

Nesta abordagem, foco deste trabalho, o objetivo é compreender as concepções históricas e intervenções comportamentais frente ao TEA.

A Teoria Comportamental originou-se nos estudos de Skinner sobre Análise do Comportamento e aprendizagem. As primeiras pesquisas da área com autistas foram realizadas por Ferster e DeMyer nos anos de 1961 e 1962. Segundo Serra (2010, p. 169)

A contribuição principal de Ferster foi demonstrar concretamente a aplicabilidade da teoria comportamental para a alteração do comportamento do autista bem como para o aumento do repertório de comportamentos adequados e a diminuição ou eliminação de comportamentos inadequados ou destrutivos.

Ferster atuou utilizando os princípios da Teoria Comportamental, objetivando que os autistas aprendessem em diferentes ambientes.

Nos anos seguintes Ivar Lovaas foi o primeiro psicólogo que aplicou os princípios da ABA - Análise Aplicada do Comportamento (*Applied behavior analysis*). Em 1987 ele publicou estudos que realizou com 19 crianças pequenas com autismo que receberam intervenções do método ABA. Os resultados mostraram que 47% atingiram níveis normais de funcionamento intelectual e educacional. (Lear, 2004). Desde então o método vem sendo aprimorado por psicólogos e especialistas na área, que vem aprofundando os modos de aplicá-lo, de acordo com os conceitos da Análise do Comportamento.

Em 1993 Catherine Maurice escreveu o livro “Quero escutar sua voz: a vitória de uma família sobre o autismo”. A partir desta publicação o método ABA tornou-se conhecido e provocou a opção pelo tratamento. (Lear, 2004)

O método ABA de acordo com Lear (2004, p.1-4) “é um termo advindo do campo científico do Behaviorismo, que observa, analisa e explica a associação entre o ambiente, o comportamento humano e a aprendizagem”. Portanto a Teoria Comportamental no tratamento do TEA pauta-se na metodologia ABA.

De acordo com Serra (2010, p. 170) entende-se que:

O método busca apoio teórico na teoria de Skinner e o entendimento de alguns dos princípios dessa teoria são indispensáveis para a aplicação da mesma. Por exemplo o conceito de condicionamento operante e respondente, de reforço positivo e negativo, generalização da aprendizagem e modelagem.

Desta forma o método ABA pauta-se no conceito de condicionamento operante, segundo Moreira (2007, p. 48) “ A maior parte de nossos comportamentos produz consequências no ambiente”. Portanto de acordo com as consequências que a criança recebe os comportamentos são modificados.

O reforço positivo é utilizado com o objetivo de intensificar e fortalecer o comportamento apresentado pela criança com TEA, pode ser realizado através de uma palavra, expressão facial ou objetos que a criança demonstre interesse. O reforço negativo de acordo com o manual de treinamento da ABA “é a remoção de alguma coisa desagradável que resulta no fortalecimento de um comportamento”. (Lear, 2004,

p.3-2) Portanto de acordo com Moreira (2007) “reforço é um tipo de consequência do comportamento que aumenta a probabilidade de um determinado comportamento voltar a ocorrer” (p. 51). Quando a criança autista apresenta progressos o comportamento é reforçado para que continue aprendendo e fortaleça o comportamento apresentado. É importante que todos os profissionais e familiares que fazem parte do convívio da criança autista definam quais serão os reforçadores utilizados, assim como buscar entender os antecedentes e as consequências para modelar os comportamentos que são apresentados pela criança com TEA, visto que a modelagem segundo Moreira (2007, p.60) “É um procedimento de reforçamento diferencial de aproximações sucessivas de um comportamento. O resultado final é um novo comportamento”. Portanto para que a criança autista apresente comportamentos mais adaptativos é necessário entender os motivos pelos quais apresenta determinadas condutas.

Outro conceito que é primordial para alcançar progressos com a criança autista é a generalização, pois o objetivo é que a criança assimile o que é aprendido em outros contextos e em diferentes situações do cotidiano, pois de acordo com Lear (2004, p.1-8) “Um bom programa de ABA sempre inclui a generalização do aprendizado”.

O método traça metas e objetivos a serem alcançados e conta com a participação ativa dos familiares e demais profissionais para realizarem registros e acompanhamentos dos comportamentos apresentados pela criança autista. A intervenção deve ser organizada através da análise das tarefas, que objetiva compreender os comportamentos para planejar as atividades que serão ensinadas. (Lear, 2004)

O Psicólogo comportamental deve realizar avaliações antes e durante o processo de intervenção, pois de acordo com Ribeiro (2010) é importante entender todo o conjunto da criança como seus comportamentos, frequência que são apresentados, ambiente, contexto, interesses e quais são as consequências que recebe perante um comportamento controverso para planejar as intervenções.

Com relação a efetividade das intervenções entende-se segundo Bosa (2006, p. 02) “a eficácia do tratamento depende da experiência e do conhecimento dos profissionais sobre o autismo e, principalmente, de sua habilidade de trabalhar em

equipe e com a família. ” O engajamento do Psicólogo, os conhecimentos sobre o TEA e a compreensão da realidade é fundamental para o processo terapêutico, visto que segundo Ribeiro (2010, p. 06) “ O autismo coloca a família frente a uma serie de emoções de luto pela perda da criança saudável, apresentando com isto sentimentos de desvalia e culpa, caracterizando uma situação de crise”. Portanto, é fundamental que o Psicólogo embasado na Teoria Comportamental compreenda todos os fatores envolvidos ao tratamento do paciente, pois segundo Lear (2004, p. 1-5) “O intenso envolvimento da família no programa é uma grande contribuição para o sucesso”. Desta forma é importante que o Psicólogo atue em conjunto com a família e com a equipe multidisciplinar para a efetividade das intervenções pautadas na metodologia ABA.

No capítulo a seguir podemos observar mais a fundo como é a atuação do Psicólogo Comportamental frente ao TEA atuando em conjunto com uma equipe multidisciplinar e a família no processo do diagnóstico e intervenção precoce.

## CAPÍTULO 2

### 2. INTERVENÇÕES DA TEORIA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TEA

Este capítulo tem como objetivo apresentar ao leitor as intervenções e técnicas utilizadas pelo Psicólogo em conjunto com a equipe multidisciplinar e família, desde a notícia do diagnóstico do TEA aos tratamentos e acompanhamentos que devem ser realizados.

Desta forma utilizaremos como estudo de caso I: ***Diagnóstico e Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo: Relato de um caso***, postulado pelos autores Cíntia Perez Duarte, José Salomão Schwartzman, Michele Sayulli Matsumoto e Decio Brunoni.

O estudo de caso encontra-se como capítulo 4 no livro eletrônico ***Autismo: vivências e caminhos***, organizado por Vera Lúcia Prudência dos Santos Caminha [et al]. São Paulo (2016).

#### 2.1. Estudo de Caso

A criança esteve em avaliação aos 9 meses de idade por encaminhamento do neurologista, após os pais identificarem alguns sinais compatíveis com um Transtorno do Espectro do Autismo, tais como oscilação do contato visual, ausência de imitação motora e verbal, manipulação repetitiva de alguns objetos, ausência de atenção compartilhada e movimentos repetitivos e estereotipados das mãos e pés, em situações específicas. Iniciou terapia baseada em ABA, sendo uma vez por semana no consultório, com duração de 1 hora, e duas vezes por semana em casa, com duração de 2 horas cada. A avaliação foi realizada através de anamnese com os pais, aplicação de escalas de desenvolvimento com os pais e verificação com a criança,

além de contato direto através de atividades direcionadas e livres para observação de habilidades e comportamentos alvo. *(Parte1)*

No primeiro momento, o foco foi direcionado à estimulação de habilidades básicas e ampliação do repertório que auxiliam no desenvolvimento geral. O planejamento e os objetivos iniciais contemplaram programas de contato visual, imitação motora com objetos, imitação verbal, solicitações através do apontar, seguimento de instruções simples e uso funcional de brinquedos. Além disso, em casa também houve direcionamento e orientações quanto à alimentação, estimulação da habilidade motora grossa e atenção compartilhada. Para tal, foram empregadas estratégias como o Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Incidental, Modelagem e orientação à família para manejo de comportamentos inadequados e estimulação de habilidades deficitárias. *(Parte2)*

A criança passou a apontar espontaneamente para diversos objetos após a conclusão do programa, sendo que foram trabalhados inicialmente 9 estímulos diferentes (bolinha de sabão, pandeiro, boneca, telefone, chocalho, peças de encaixe do balde, giz de cera, adesivos e massa de modelar). A família relatou que a criança passou a apontar para objetos que queria em casa e, além disso, também desenvolveu a habilidade de atenção compartilhada, que também foi trabalhada intensamente nas sessões. Apontava para fazer solicitações e também para mostrar algo para o outro, além de alternar entre olhar para o outro e para o objeto novamente. Atingiu o critério de aprendizagem neste programa no mês de julho, após apenas 3 meses de intervenção. *(Parte 3)*

O contato visual foi uma das habilidades que se desenvolveram mais rapidamente durante a terapia da criança. Houve um aumento significativo de frequência do contato visual e passou a responder de imediato quando chamada pelo nome. Quanto aos critérios iniciais estabelecidos, o desempenho atingiu nível satisfatório após 5 meses de intervenção. Inicialmente foi exigido que apenas direcionasse o olhar para as terapeutas quando colocavam um adesivo entre os olhos pareando com o chamado de seu nome, depois dessa fase precisou manter o contato visual sem apoio por 2 segundos após a retirada da dica (adesivo) e, por fim, na última fase, o mesmo precisava ser feito por, pelo menos, 5 segundos consecutivos. Com o decorrer dos meses, a criança passou a fazer isso espontaneamente, sem o auxílio de dicas e passou a manter por períodos mais longos quando havia algo de seu

interesse. Além disso, passou a buscar as pessoas conhecidas com o contato visual e a apresentar intenção comunicativa. *(Parte4)*

Em relação ao seguimento de instrução simples, o objetivo era que a criança passasse a seguir instruções verbais simples emitidas por outras pessoas, tanto na terapia quanto nos outros momentos. O avanço novamente foi satisfatório, sendo que atingiu o critério de aprendizagem após 6 meses de intervenção. Neste período, além das instruções direcionadas pelas terapeutas em sessão, outras eram solicitadas pela família em casa. A criança ampliou seu repertório e passou a seguir um número muito maior de instruções. As 9 primeiras selecionadas para as sessões foram: dá para mim, bate aqui, abre, guarda no pote, bate na mesa, dá tchau, manda um beijo, bater palmas e piscar. *(Parte5)*

No que se refere à imitação motora com objetos frente à solicitação do outro com o comando “faz igual”, a criança precisava imitar o mesmo movimento feito pelas terapeutas, utilizando objetos para a execução. Novamente concluiu todas as etapas, sendo que passou a imitar as ações de enfiar o palito na massinha, jogar a bola, empurrar o cubo em cima da mesa ou no chão, levar o copo à boca, riscar o papel com giz de cera, empilhar 2 cubos, fazer carinho na boneca, dar um beijo na boneca e pentear o cabelo da boneca. *(Parte 6)*

Após 10 meses de intervenção, a criança estava respondendo para grande parte dos programas e avançando continuamente. Possíveis atrasos ou déficits em comparação com outras crianças da mesma idade foram eliminados ou diminuíram significativamente. A habilidade que se desenvolve com mais lentidão, considerando-se o restante do desempenho da criança, é a linguagem verbal, mas ainda assim passou da fase de arrulhamento para o balbucio e, ao término, já iniciava alguns jargões. A criança conseguia fazer imitação verbal de vogais (apesar da resposta não ser sistemática) e, quando era exigido, tentava imitar algumas palavras, dando ênfase às vogais. A criança passou a se comunicar e manifestar seus desejos, e passou a utilizar a linguagem não verbal, com gestos indicativos de mãos (ex.: apontar e fazer tchau) e de cabeça (ex.: sim e não). *(Parte7)*

Os programas complementares, além dos já descritos, que foram trabalhados com a criança até o período da alta foram: Identificação de partes do corpo nela mesma, Identificação de cores, Imitação verbal, Imitação motora sem objetos,

Identificação de pessoas, Encaixe de formas, Identificação de objetos e brincar funcional. Quanto aos movimentos estereotipados apresentados nos primeiros meses (em especial movimentação dos pés e balanço de mãos), orientações foram passadas à família e, após redirecionamento de todos e ensino de comportamentos alternativos, cessaram por completo, sendo que nenhum outro surgiu em substituição destes. *(Parte 8)*

Com o decorrer da terapia, a criança apresentou evoluções significativas em períodos curtos de tempo, mostrando-se a cada dia mais responsiva, atenta aos estímulos apresentados e com compreensão preservada. Frente ao desenvolvimento da criança, optou-se pelo processo de alta da terapia comportamental, que foi endossado pelo neurologista responsável pelo acompanhamento médico. A criança estava respondendo como era esperado para uma criança da mesma idade nas tarefas em geral, apresentou ganhos a cada dia e generalizou todos os conteúdos aprendidos, além de expandir seu repertório progressivamente frente à estimulação da família. Sessões foram realizadas posteriormente para acompanhamento, em casa e no consultório, e observou-se que todos os ganhos se mantiveram. Por fim, sugeriu-se avaliação com fonoaudióloga para avaliação mais específica dos aspectos de comunicação e linguagem, tendo em vista que a estimulação precoce foi fundamental e poderia prosseguir nas demais áreas se necessário. *(Parte 9)*

Conclusão:

O diagnóstico precoce de autismo pode ser suspeitado dentro dos primeiros 2 anos de vida; 2- Mesmo que o diagnóstico não seja conclusivo, intervenções visando suprir as áreas do desenvolvimento mais comprometidas devem ser efetuadas; 3- Contato visual, atenção compartilhada e imitação estão entre as funções básicas que podem ser desenvolvidas, com intervenções adequadas; 4- O caso relatado ilustra os ganhos obtidos em intervenção precoce com Análise Aplicada do Comportamento, com ampliação do repertório em várias áreas do desenvolvimento, tais como imitação motora e verbal, contato visual, vocabulário receptivo (referente ao vocabulário isoladamente e também compreensão e resposta a comandos) e expressivo, comunicação não verbal, habilidade motora, brincar funcional e de atenção compartilhada. *(Parte 10)*

## 2.2. Análise do Estudo de Caso

A partir deste momento estaremos analisando as técnicas pautadas na Análise do Comportamento Aplicada que foram utilizadas no Estudo de Caso, portanto partes do estudo serão copiadas e identificadas em itálico para que sejam distintas do corpo da análise das mesmas.

### 2.2.1 Ensino por tentativas discretas

A estratégia de intervenção DTT (*Discrete Trial Teaching*) - Ensino por Tentativas Discretas foi postulada pelo Psicólogo Ivar Lovaas no ano de 1987. Este método é realizado de forma estruturada através de sequências pré-elaboradas para ensinar a criança autista de maneira discreta. (LEAR, 2004)

O Ensino por Tentativas Discretas de acordo com Lear (2004, p. 1-6) “[...]caracteriza-se por dividir sequências complicadas de aprendizado em passos muito pequenos ou “discretos” ensinados um de cada vez durante uma série de “tentativas”, junto com o reforçamento positivo (prêmios). ” Deste modo através do auxílio e dicas a criança autista poderá alcançar conquistas que ajudarão em seu desenvolvimento.

Analisando o estudo de caso compreende-se que esta estratégia foi utilizada para trabalhar o contato visual da criança autista, conforme descrito abaixo:

*Inicialmente foi exigido que apenas direcionasse o olhar para as terapeutas quando colocavam um adesivo entre os olhos pareando com o chamado de seu nome, depois dessa fase precisou manter o contato visual sem apoio por 2 segundos após a retirada da dica (adesivo) e, por fim, na última fase, o mesmo precisava ser feito por, pelo menos, 5 segundos consecutivos. Com o decorrer dos meses, a criança passou a fazer isso espontaneamente, sem o auxílio de dicas e passou a manter por períodos mais longos quando havia algo de seu interesse. Além disso, passou a buscar as pessoas conhecidas com o contato visual e a apresentar intenção comunicativa.*  
(Parte 4)



Analisando novamente os dados da parte 4 do estudo de caso observa-se que: *O contato visual foi uma das habilidades que se desenvolveram mais rapidamente durante a terapia da criança. Houve um aumento significativo de frequência do contato visual e passou a responder de imediato quando chamada pelo nome. Quanto aos critérios iniciais estabelecidos, o desempenho atingiu nível satisfatório após 5 meses de intervenção.*

De acordo com Nunes (2011, p. 547) “ Cada tentativa é composta por três elementos: a apresentação do estímulo discriminativo (Sd), a resposta do indivíduo (R) e a consequência (C). ”

Avaliando o estudo de caso conforme descrito acima, compreende-se que a criança aumentou a frequência do contato visual quando chamada pelo nome pareando com o adesivo entre os olhos (Sd), obtendo-se inicialmente o contato visual por 2 segundos após a retirada da dica e, por fim, precisava ser feito por 5 segundos consecutivos (R), sendo a resposta emitida pela criança. Diante disto a (C), foi a criança estabelecer o contato visual espontaneamente, sem o auxílio das dicas, passando a apresentar interação comunicativa.

### **2.2.2. Ensino incidental**

O Ensino Incidental foi uma das estratégias utilizadas no estudo de caso, entende-se segundo Lamônica (1993, p.1) “ No ensino incidental, a criança controla as ocasiões nas quais o ensino ocorre, assinalando seu interesse no ambiente”.

Deste modo, de acordo com Lamônica (1993) o ensino incidental objetiva que a criança autista aprenda a fazer pedidos, mandar e expressar seus desejos em seu ambiente diário, portanto é primordial o acompanhamento e dedicação da família neste processo de aprendizagem.

Observa-se que no estudo de caso a intervenção utilizando o ensino incidental foi aplicada para ensinar o seguimento de instruções simples, conforme descrito abaixo:

*O objetivo era que a criança passasse a seguir instruções verbais simples emitidas por outras pessoas, tanto na terapia quanto nos outros momentos. O avanço novamente foi satisfatório, sendo que atingiu o critério de aprendizagem após 6 meses de intervenção. Neste período, além das instruções direcionadas pelas terapeutas em sessão, outras eram solicitadas pela família em casa. A criança ampliou seu repertório e passou a seguir um número muito maior de instruções. As 9 primeiras selecionadas para as sessões foram: dá para mim, bate aqui, abre, guarda no pote, bate na mesa, dá tchau, manda um beijo, bater palmas e piscar. (Parte 5)*

O terapeuta pode começar a intervenção interagindo com a criança em um ambiente propício e organizado, utilizando comentários e gestos para começar um episódio de ensino incidental tendo como objetivo ensinar a criança autista a desenvolver habilidades linguísticas através dos interesses que apresenta em sua rotina. Para que isto aconteça é importante que haja motivação por parte da criança e reforçadores naturais, assim como dicas e aprovação sociais. (LAMÔNICA, 1993).

Analisando o estudo de caso, entende-se que família teve participação ativa no processo, visto que além das instruções serem trabalhadas em sessão também foram aplicadas em casa. Deste modo, compreende-se segundo Ribeiro (2012, s.p):

O atendimento psicológico especializado é fundamental, tanto para criança com autismo, como para sua família. Ele pode contribuir sobremaneira para resgatar a autoestima e a confiança da família, além de ajudar a criança com autismo a ir se desenvolvendo e encontrando meios para se tornar cada vez mais independente e ter autonomia.

Supondo-se que a família não fosse participativa com o tratamento isto acarretaria muitos prejuízos como a falta de estimulação, comunicação dentre outras habilidades que são conquistadas com o auxílio dos familiares, pois de acordo com Klin (2006, p. 8) “ O autismo é um comprometimento permanente e a maioria dos indivíduos afetados por essa condição permanece incapaz de viver de forma independente, e requer o apoio familiar ou da comunidade. ” Portanto, considera-se primordial que a família da criança com TEA esteja integrada ao processo interventivo.

Avaliando o estudo de caso observa-se que logo após a identificação dos sinais precoces de TEA iniciou-se a terapia baseada em ABA conforme descrito abaixo na parte 1:

*Iniciou terapia baseada em ABA, sendo uma vez por semana no consultório, com duração de 1 hora, e duas vezes por semana em casa, com duração de 2 horas cada. A avaliação foi realizada através de anamnese com os pais, aplicação de escalas de desenvolvimento com os pais e verificação com a criança, além de contato direto através de atividades direcionadas e livres para observação de habilidades e comportamentos alvo. (Parte1)*

Entende-se que no estudo de caso a família foi muito participativa e a criança diagnosticada com TEA obteve muitos ganhos em termos de desenvolvimento, pois passou a ampliar seu repertório, sendo está uma intervenção que auxilia a criança autista a generalizar a aprendizagem em diversos contextos, pois segundo Lear (2004, p. 1-8):

Á medida que a criança progride pode tornar-se mais capaz de “aprender incidentalmente”, o que significa simplesmente assimilar linguagem ou conceitos ou habilidades que não são ensinadas diretamente em sessões individuais.

De acordo com Lear compreende-se que a criança com TEA a partir das intervenções em ambientes naturais terá mais facilidade em assimilar o aprendizado diante de diversos contextos como em casa, na escola e na interação em diferentes situações que envolvam as atividades do cotidiano.

Muitas habilidades podem ser ensinadas a criança autista através do ensino incidental, pois de acordo com Coll (2007, p.251)

As habilidades comunicativas são ensinadas em seções estruturadas individuais, mas também se prevê o ensino incidental, preparam-se os ambientes naturais para que as suscitem, evocam-se em atividades de grupo e se procura fazer com que a família intervenha ativamente em seu ensino e estímulo.

Podemos observar a parte 7 do estudo de caso em se relata sobre as habilidades comunicativas da criança, conforme descrito abaixo:

*A habilidade que se desenvolve com mais lentidão, considerando-se o restante do desempenho da criança, é a linguagem verbal, mas ainda assim passou da fase de arrulhamento para o balbucio e, ao término, já iniciava alguns jargões. A criança conseguia fazer imitação verbal de vogais (apesar da resposta não ser sistemática) e,*

*quando era exigido, tentava imitar algumas palavras, dando ênfase às vogais. A criança passou a se comunicar e manifestar seus desejos, e passou a utilizar a linguagem não verbal, com gestos indicativos de mãos (ex.: apontar e fazer tchau) e de cabeça (ex.: sim e não). (Parte 7)*

Avaliando o estudo de caso percebe-se que utilizando a estratégia de ensino incidental a criança com TEA obteve muitos progressos em termos de desenvolvimento, principalmente nas habilidades de seguimento de instruções simples, imitação e nas habilidades comunicativas e gestuais.

### **2.2.3. Modelagem**

A modelagem é um procedimento utilizado na Análise do Comportamento Aplicada que ocorre a partir da aquisição de novos comportamentos e aprimoramento destes, pois segundo Moreira (2007, p.61):

[...] na modelagem o reforço diferencial (reforçar algumas respostas e exigir outras similares) e aproximações sucessivas (exigir gradualmente comportamentos mais próximos do comportamento alvo) a fim de ensinar um novo comportamento, sendo uma característica fundamental da modelagem a **imediatez do reforço**, ou seja, quanto mais próximo temporalmente da resposta o reforço estiver, mais eficaz será.

Diante da análise do estudo de caso observa-se em diversos momentos a aquisição de novos comportamentos que foram modelados no decorrer das intervenções. Visto que a criança com TEA desenvolveu nos programas de modo geral habilidades de atenção compartilhada, passou a apontar, aumentou a frequência do contato visual, passou a responder pelo nome sem o auxílio de dicas, apresentou intenções comunicativas, ampliou o repertório seguindo instruções simples, passou a imitar ações, a balbucear e fazer gestos. (DUARTE, 2016).

Observa-se a modelagem em todos os programas interventivos, mas diante da análise iremos nos ater ao programa de imitação motora usando objetos, conforme descrito abaixo na parte 6 do estudo de caso:

*No que se refere à imitação motora com objetos frente à solicitação do outro com o comando “faz igual”, a criança precisava imitar o mesmo movimento feito pelas terapeutas, utilizando objetos para a execução. Novamente concluiu todas as etapas, sendo que passou a imitar as ações de enfiar o palito na massinha, jogar a bola, empurrar o cubo em cima da mesa ou no chão, levar o copo à boca, riscar o papel com giz de cera, empilhar 2 cubos, fazer carinho na boneca, dar um beijo na boneca e pentear o cabelo da boneca. (Parte 6)*

Analisando o relato acima, compreende-se que os comportamentos de imitação da criança foram modelados de acordo com os progressos que foi adquirindo ao longo do programa. Deste modo o uso do reforço é essencial, pois segundo Lear (2004, p.3-13) “Quando você for ensinar uma habilidade pela primeira vez, a recompensa deve ser dada depois de cada tentativa bem sucedida . Isto é chamado de esquema de reforçamento contínuo.” Deste modo, compreende-se que os comportamentos da criança foram reforçados de forma positiva ao utilizar brinquedos como a bola, boneca, massinha, papel, giz de cera e cubos, sendo realizada uma intervenção de forma lúdica.

Podemos observar também no estudo de caso o programa de instrução simples, conforme descrito acima na parte 5, entende-se que foram selecionados nove comportamentos para a criança autista aprender: *dá para mim, bate aqui, abre, guarda no pote, bate na mesa, dá tchau, manda um beijo, bater palmas e piscar.*

Assim como no programa de apontar (parte 3), em que foram selecionados 9 estímulos diferentes: *bolinha de sabão, pandeiro, boneca, telefone, chocalho, peças de encaixe do balde, giz de cera, adesivos e massa de modelar.*

Portanto a modelagem acontece de acordo com Faccion (2005, p. 194):

Quando o comportamento precisa ser instalado ou desenvolvido de uma forma mais adequada e complexa para o paciente. Então, as respostas próximas ao comportamento esperado são reforçadas de acordo com uma sequência preestabelecida até que se consiga chegar ao comportamento alvo.

Verifica-se no estudo de caso que a criança autista alcançou os objetivos de forma satisfatória, visto que atingiu o critério de aprendizagem após 6 meses de

intervenção no programa de instruções simples e 3 meses no programa de apontar, sendo um trabalho realizado em conjunto pelas terapeutas e pela família do paciente.

#### **2.2.4. Orientação à família para manejo dos comportamento inadequados**

O papel e engajamento da família é um dos pontos mais importantes desde a identificação dos sinais precoces ao processo interventivo e progressos apresentados pela criança com TEA, pois de acordo com Prado( 2013,p.87):

A família tem uma importância que não pode ser minimizada, porque é nesse campo seguro de experiências que, primeiro, o portador de deficiência aprenderá, e comprovará continuamente, que apesar de seus limites lhe é permitido “ser”.

A partir da análise do estudo de caso, observa-se que os pais foram os primeiros a identificarem os sinais precoces do TEA e procuraram opções médicas, como do Neurologista, conforme descrito abaixo:

*A criança esteve em avaliação aos 9 meses de idade por encaminhamento do neurologista, após os pais identificarem alguns sinais compatíveis com um Transtorno do Espectro do Autismo, tais como oscilação do contato visual, ausência de imitação motora e verbal, manipulação repetitiva de alguns objetos, ausência de atenção compartilhada e movimentos repetitivos e estereotipados das mãos e pés, em situações específicas. (Parte 1)*

Diante do diagnóstico de TEA a família passa por um processo muito difícil ao deparar-se com os desafios, pois de acordo com Ribeiro (2010, s.p):

Com o diagnóstico, a família vive momentos de angústia e desesperança, muitas ainda passam um longo tempo negando a realidade e indo em busca de curas milagrosas. Sabe-se que até que se consiga restabelecer o equilíbrio perdido, a família pode passar por um grande período de isolamento. Após este período de desequilíbrio, as famílias passam por um período de aceitação e de maior tranquilidade, onde ocorre um gerenciamento dos conflitos.

Iniciar o processo terapêutico pode auxiliar a família a lidar com a realidade vivenciada. Através de orientações e busca de maiores conhecimentos sobre o TEA e as possibilidades interventivas que contribuem com o desenvolvimento da criança.

Segundo a autora compreende-se que incluir a família no processo diagnóstico e interventivo é fundamental, visto que necessitam de auxílio e orientações dos devidos profissionais, pois de acordo com Schmidt C. e Bosa C.(2003, p. 3):

As características clínicas da síndrome afetam as condições físicas e mentais do indivíduo, aumentando a demanda por cuidados e, conseqüentemente, o nível de dependência de pais e/ou cuidadores. Essa situação pode constituir um estressor em potencial para familiares.

Diante da realidade e características causadas pelo TEA a família deve receber orientações da equipe multidisciplinar sobre como lidar com a criança em diversas situações para ter um manejo diante dos comportamentos inadequados. Frente a essa realidade analisamos as dificuldades dos pais segundo Buscaglia (1993,p.26) “Os pais de crianças deficientes necessitam de orientação em relação à disciplina dessas crianças. Frequentemente relutam em repreendê-las, treiná-las, ensinar-lhes limites reais, assim como fazem com os outros filhos.”

Observa-se no estudo de caso os avanços obtidos no processo interventivo a partir da orientação à família, conforme descrito abaixo:

*Quanto aos movimentos estereotipados apresentados nos primeiros meses (em especial movimentação dos pés e balanço de mãos), orientações foram passadas à família e, após redirecionamento de todos e ensino de comportamentos alternativos, cessaram por completo, sendo que nenhum outro surgiu em substituição destes. (Parte8)*

Entende-se que realizar orientações à família do paciente autista auxilia em todo o processo de intervenção multidisciplinar, pois de acordo com Ribeiro (2010, s.p) “Com a aceitação do diagnóstico e adequada assistência especializada, os pais conseguem ir em busca de um resgate da vida, novamente se reestruturando e restabelecendo relações externas. ”

Em muitos casos os familiares relutam em aceitar o diagnóstico que pode gerar sentimento de culpa e desvalia ao se depararem com a perda do filho saudável e perfeito, pois de acordo com Gomes P.T et. al (2015, p. 112):

Os pais da criança com diagnóstico de TEA são confrontados por uma nova situação que exige ajuste familiar. O desejo fantasiado da gestação precisa de uma adequação aquele que nasce e que tem características próprias. As crianças diagnosticadas com TEA frequentemente apresentam maior grau de incapacidade cognitiva e dificuldade no relacionamento interpessoal.

Conclui-se segundo os autores citados que a família pode levar um longo período para aceitar o diagnóstico, entender a realidade da deficiência, aceitar orientações e participar ativamente do processo interventivo, mas a partir do momento que o trabalho ocorre em conjunto conforme ocorreu no estudo de caso, a criança pode obter muitos progressos em termos de desenvolvimento através de estratégias, redirecionamentos e estabelecimento de novas alternativas para cessar os comportamentos inadequados.

### **2.2.5. Estimulação de habilidades deficitárias**

A Estimulação das Habilidades Deficitárias são muito importantes para a criança com TEA desde o início, pois segundo Schliemann (2013, p.15):

Desde o nascimento, a criança responde através de movimentos e vocalizações a estímulos do ambiente em que vive. Um ambiente apropriado, estimulante, funcional e lúdico é um grande fator para o desenvolvimento global da criança, facilitando assim sua vivência corporal, sua relação pessoal, comunicação e aprendizagem.

Ainda segundo a autora compreende-se que no estudo de caso o diagnóstico do TEA foi reconhecido aos 9 meses de idade através dos sinais precoces e avaliação, sendo assim a criança teve a oportunidade de receber estímulos adequados. Porém, supondo-se que isso não ocorresse a criança autista poderia obter muitos prejuízos em termos de desenvolvimento, pois segundo Souza et al (2004) O reconhecimento

tardio do TEA pode gerar diversos prejuízos, como agravos comportamentais, agressividade, dificuldades nas interações sociais dentre outros.

A partir da identificação precoce do diagnóstico do TEA as crianças podem ser estimuladas para conquistar diversas habilidades através dos programas interventivos como os descritos no estudo de caso:

*No primeiro momento, o foco foi direcionado à estimulação de habilidades básicas e ampliação do repertório que auxiliam no desenvolvimento geral. O planejamento e os objetivos iniciais contemplaram programas de contato visual, imitação motora com objetos, imitação verbal, solicitações através do apontar, seguimento de instruções simples e uso funcional de brinquedos. Além disso, em casa também houve direcionamento e orientações quanto à alimentação, estimulação da habilidade motora grossa e atenção compartilhada. (Parte 2)*

Percebe-se que em todos os programas interventivos do estudo de caso a criança recebeu estímulos para alcançar determinadas habilidades de acordo com seu desenvolvimento. Deste modo, a partir de um olhar com o enfoque desenvolvimentista, compreende-se segundo Lampreia (2007, p.108):

Crianças autistas apresentam falhas na habilidade de imitar e peculiaridades no processamento sensorial que precisam ser consideradas e trabalhadas para que um programa de intervenção para a comunicação não verbal possa ser bem-sucedido. Além disso, a ênfase no contexto natural sociopragmático exige a participação da família e recomenda a inclusão de pares em tais programas.

Portanto, a estimulação de habilidades deficitárias é essencial para o desenvolvimento da criança autista, pois de acordo com a autora mesmo diante das falhas apresentadas pelo transtorno através da estimulação precoce a criança pode alcançar muitas habilidades.

A partir desse momento analisaremos o programa que foi trabalhado a habilidade de apontamento da criança no estudo de caso que se encontra na parte 3, observa-se que a criança desenvolveu a habilidade de atenção compartilhada através de estímulos que foram trabalhados nas sessões e em casa com a família, conforme descrito abaixo:

*A criança passou a apontar espontaneamente para diversos objetos após a conclusão do programa, sendo que foram trabalhados inicialmente 9 estímulos diferentes (bolinha de sabão, pandeiro, boneca, telefone, chocalho, peças de encaixe do balde, giz de cera, adesivos e massa de modelar). A família relatou que a criança passou a apontar para objetos que queria em casa e, além disso, também desenvolveu a habilidade de atenção compartilhada, que também foi trabalhada intensamente nas sessões. Apontava para fazer solicitações e também para mostrar algo para o outro, além de alternar entre olhar para o outro e para o objeto novamente. Atingiu o critério de aprendizagem neste programa no mês de julho, após apenas 3 meses de intervenção. (Parte 3)*

A criança com TEA conseguir conquistar habilidades de atenção compartilhada é um grande progresso para o tratamento, visto que começa a compartilhar objetos, experiências e fazer solicitações, pois de acordo com Farah (2009) verifica-se que:

A compreensão e o uso dos comportamentos comunicativos não-verbais pelo bebê durante seu primeiro ano de vida o impulsionará para uma interação triádica, estabelecendo, desta forma, a Atenção Compartilhada ou Conjunta, considerada por estudiosos do desenvolvimento da linguagem e o primeiro passo para a compreensão dos comportamentos intencionais das outras pessoas. (p. 587)

De acordo com o autor entende-se que é muito importante que a criança receba estímulos precocemente para que ainda em seu primeiro ano de vida possa alcançar habilidades. Observa-se que no estudo de caso a criança passou a interagir nas sessões, em casa com a família e aprendeu a apontar para fazer pedidos, trocar olhares e mostrar objetos, adquirindo desta forma a habilidade da atenção compartilhada.

## **2.3. Outras Intervenções para o Estudo de Caso**

Além das técnicas apresentadas no estudo de caso analisaremos outras intervenções pautadas na Teoria Comportamental que podem ser úteis no trabalho com as crianças diagnosticadas com TEA, seus familiares e equipe multidisciplinar. Portanto partes do estudo de caso serão copiadas e identificadas em itálico para que sejam distintas do corpo da análise das mesmas.

### **2.3.1. Treinamentos e intervenções com a família**

Uma das intervenções que poderiam complementar no estudo de caso seria o Treinamento de Habilidades Comportamentais (Behavioral Skills Training BST) para ensinar procedimentos baseados em ABA a pais e professores de crianças com atraso no desenvolvimento.

Segundo Ferreira (2016) os autores: Sarokoff e Sturmey (2004) e Lafazakis e Sturmey (2007), realizaram experimentos e pesquisas com o Treinamento de Habilidade Comportamentais (BST). O estudo teve como objetivo verificar como seria aplicada a intervenção Ensino Por Tentativas Discretas (DTT) por cinco cuidadores de crianças com TEA. O estudo teve como metodologia três etapas: pré teste, treino e pós- teste.

A partir da análise da pesquisa, observou-se que os resultados demonstraram que os participantes obtiveram uma excelente conclusão, demonstrando ser uma estratégia eficiente, pois foi apresentado 100% de acertos na avaliação que foi previamente estabelecida.

De acordo com Lafazakis et al. ( apud FERREIRA 2016, p. 101) entende-se que:

O BST é constituído de um pacote de treinos que consiste em instruções, feedback, ensaios, modelação que produz, de forma rápida, grande aumento na precisão da aplicação de ensino por tentativas discretas.

Constata-se de acordo com o autor que realizar treinamentos com os familiares, professores, cuidadores que acompanham a criança com TEA seria primordial para iniciar o tratamento, pois estariam mais preparados para serem co-terapeutas das crianças em seu ambiente rotineiro.

Analisando o estudo de caso, entende-se o Treinamento de Habilidade Comportamentais (BST) poderia iniciar logo após a identificação do diagnóstico do TEA e avaliação realizada com o pais da criança, conforme descrito abaixo:

*A avaliação foi realizada através de anamnese com os pais, aplicação de escalas de desenvolvimento com os pais e verificação com a criança, além de contato direto através de atividades direcionadas e livres para observação de habilidades e comportamentos alvo. (Parte1)*

É importante que o Psicólogo esteja atento a todas as demandas apresentadas no trabalho realizado com a família e portadores do TEA, pois de acordo com Souza et al. (2004, p.29) compreende-se que:

Proporcionar acolhida à família, no sentido de minimizar as angústias e sofrimentos, e orientá-la no tratamento com a criança, é papel do psicólogo, o qual pode fazê-lo individualmente ou em grupos, no caso de instituições. Quando se trata do atendimento institucional, o trabalho do psicólogo vem somar-se ao da equipe multidisciplinar.

Portanto, segundo o autor é primordial que as orientações e treinamentos sejam realizadas pelo profissional da Psicologia que atua em conjunto com a equipe multidisciplinar, com o objetivo de proporcionar mais qualidade de vida para a criança diagnosticada com TEA.

Geralmente os familiares ou cuidadores que passam a maior parte do tempo com a criança autista, portanto são eles que conseguem observar no dia-a-dia as dificuldades e progressos que a criança apresenta, portanto, segundo Fazzio (2012, p. 15) “Os pais devem aprender aqueles princípios básicos sobre como a criança se comporta e aprende, assim como cada procedimento que lhes é dado a implementar.”

Ainda de acordo com Fazzio (2012) entende-se que as avaliações, definição dos objetivos terapêuticos e treinamentos devem ocorrer constantemente, pois é

essencial para mensurar se a criança autista está aprendendo e adquirindo novas habilidades, ou se é necessário fazer adaptações e modificações nos programas.

Portanto, o Psicólogo pautando na abordagem comportamental deve acompanhar e fazer planejamentos antes e durante as intervenções para obter excelentes resultados.

### **2.3.2. Intervenções em conjunto com o Fonoaudiólogo**

É muito relevante que ocorram intervenções e avaliações voltadas para a linguagem da criança diagnosticada com o TEA, pois muitas dificuldades são observadas. Deste modo, compreende-se segundo Velloso (2010, s.p.) :

Um aspecto muito importante na intervenção dos quadros de TEA é a comunicação funcional. Os indivíduos com TEA em sua maioria apresentam dificuldades em utilizar a linguagem com funções comunicativas em um contexto de interação, em iniciar a comunicação e mantê-la de forma funcional, ou seja, apresentam alteração no nível pragmático.

Segundo a autora compreende-se a relevância da intervenção do profissional especializado em Fonoaudiologia no tratamento do TEA. Deste modo avaliando o estudo de caso, observa-se que foi recomendada a avaliação com Fonoaudióloga conforme descrito abaixo:

*Por fim, sugeriu-se avaliação com fonoaudióloga para avaliação mais específica dos aspectos de comunicação e linguagem, tendo em vista que a estimulação precoce foi fundamental e poderia prosseguir nas demais áreas se necessário. (Parte 9)*

Identifica-se que é primordial que o trabalho seja realizado com uma equipe multidisciplinar, visto que outras intervenções poderiam ser implementadas ao tratamento visando os objetivos terapêuticos. Considera-se, portanto, primordial que sejam realizadas avaliações constantes do processo, pois segundo Fornero (2005, p. 213):

A prática terapêutica adequada depende de avaliações minuciosas do paciente e dos familiares, bem como de interrelações constantes com estes, tendo como base as teorias psicolinguísticas e comportamentais.

Ainda, segundo Fornero (2005), entende-se que é necessário planejar as ações da equipe multidisciplinar para que os parâmetros interventivos estejam alinhados e próximos do ambiente de comunicação da criança autista, para aprimorar as habilidades comunicativas.

Analisando novamente a parte 7 do estudo de caso compreende-se a importância das intervenções voltadas para a linguagem verbal, conforme descrito abaixo:

*A habilidade que se desenvolve com mais lentidão, considerando-se o restante do desempenho da criança, é a linguagem verbal, mas ainda assim passou da fase de arrulhamento para o balbucio e, ao término, já iniciava alguns jargões.*

Uma das intervenções que poderiam auxiliar a criança autista a aprender a linguagem verbal e ter uma comunicação funcional seria o uso do PECS, visto que de acordo com Vieira (2013, p. 07):

As pessoas que aprendem a comunicar usando a troca de figuras, além de apresentarem avanços nas habilidades de comunicação, apresentam maior independência, redução de comportamentos inadequados e melhora na abordagem social e interação (incluindo interação com colegas).

O PECS é um dos programas mais utilizados em casos de intervenção com autistas, uma vez que segundo a autora o PECS ajuda no desenvolvimento da linguagem e comunicação, tornando assim esse programa um excelente estímulo para a criança se tornar mais independente.

### 2.3.3. Intervenções em conjunto com Terapeuta Ocupacional

É muito relevante para as crianças diagnosticadas com TEA serem acompanhadas por um Terapeuta Ocupacional (T. O.), visto que as intervenções objetivam promover momentos lúdicos, estimular interação e integração de diversas habilidades que visam ampliar a capacidade da criança com TEA para que venha a ser mais independentes, pois segundo Lopes (2005, p. 219) entende-se que o Terapeuta Ocupacional:

Como aparato do fazer, terapeuta e atividades colocam-se à disposição junto ao indivíduo, para possibilitar e favorecer: estimulação, integração (sensorial e social), exploração, preparação, manipulação, organização, adequação e orientação.

Ainda segundo a autora compreende-se que as intervenções do T. O. são pautadas em avaliações e observações das habilidades sensoriais, perceptivas e reativas relacionadas às atividades de vida diária da criança e das reações diante de determinados ambientes.

Analisando o estudo de caso, compreende-se que foram trabalhados programas complementares conforme descrito abaixo:

*Os programas complementares, além dos já descritos, que foram trabalhados com a criança até o período da alta foram: Identificação de partes do corpo nela mesma, Identificação de cores, Imitação verbal, Imitação motora sem objetos, Identificação de pessoas, Encaixe de formas, Identificação de objetos e brincar funcional.*

Supondo-se que o T. O. estivesse participando dos processos interventivos do estudo de caso, estes programas complementares poderiam ser realizados pelo profissional, visto que o Terapeuta Ocupacional planeja atividades e intervenções relacionadas com as atividades rotineiras e percepções sensoriais da criança autista.

Um dos enfoques interventivos do é a estimulação da integração sensorial e social. Diante disto compreendemos segundo os estudos de Lambertuci (2005, p. 232):

A terapia envolve atividades que fornecem basicamente estimulação tátil, proprioceptiva e vestibular, dentro de um contexto de brincadeiras

que vão se tornando gradualmente mais complexas para promover respostas cada vez mais maduras e organizadas, resultando em novas aprendizagens e comportamentos.

Portanto é através de brincadeiras interessantes, utilização de materiais e momentos lúdicos que o T. O. realiza intervenções com a criança autista, em um ambiente adequado e organizado.

Observa-se no estudo de caso que no programa de imitação motora usando objetos, as intervenções poderiam ser realizadas em conjunto pelo Psicólogo e T. O., conforme analisamos abaixo na parte 6:

*No que se refere à imitação motora com objetos frente à solicitação do outro com o comando “faz igual”, a criança precisava imitar o mesmo movimento feito pelas terapeutas, utilizando objetos para a execução. Novamente concluiu todas as etapas, sendo que passou a imitar as ações de enfiar o palito na massinha, jogar a bola, empurrar o cubo em cima da mesa ou no chão, levar o copo à boca, riscar o papel com giz de cera, empilhar 2 cubos, fazer carinho na boneca, dar um beijo na boneca e pentear o cabelo da boneca.*

Um dos programas que é utilizado por Terapeutas Ocupacionais nas intervenções com portadores do TEA é o Son- Rise, pois segundo Tolezanni( 2010, s.p.)

Ao propor uma abordagem inter-relacional de valorização do relacionamento com a pessoa com autismo, o Programa Son – Rise promove oportunidades para que os pais, profissionais e crianças construam, juntos, novas formas de se comunicarem e de interagirem, em que atividades motivacionais e lúdicas fornecem a base para o aprendizado social, emocional e cognitivo, para a autonomia e para a inclusão social.

De acordo com a autora percebe-se que o programa oferece muitos benefícios para o tratamento de autistas, visto que a criança participa ativamente no processo através das interações, sendo este um fator relevante na intervenção.

### 2.3.4. Pareamento de figuras

Utilizar o pareamento de figuras nas intervenções pautadas na ABA pode ser um dos recursos utilizados, visando que a criança possa conquistar a habilidade de juntar objetos, identificar figuras iguais e fazer discriminações visuais com uma diversidade de cores, letras, números, tamanhos, objetos, expressões faciais ou animais através de brinquedos ou jogos.

Esta estratégia interventiva pode estimular a concentração e atenção da criança com TEA de acordo com Cunha (2005, p. 122):

É preciso sempre estar atento para as peculiaridades da criança para poder manejá-las de forma eficiente e selecionar brinquedos e outros materiais que desafiem sua atenção. Estas crianças não têm condições de valorizar ganhos futuros, sublimar frustrações ou adiar satisfações, assim sendo, precisam de jogos que proporcionem respostas rápidas.

De acordo com o autor é necessário sempre observar o que é mais interessante para a criança. Analisando o estudo de caso verifica-se que a pesquisadora escolheu o jogo da memória para realizar o pareamento de figuras e estimular a atenção de forma gradativa no decorrer das sessões conforme descrito abaixo:

*O comportamento escolhido para ser instalado ao repertório da criança foi o brincar funcional, este definido como o sujeito manipular brinquedos de forma adequada, como por exemplo, seguir corretamente as regras de um jogo. No experimento o brinquedo escolhido foi o Jogo da Memória. Ao total foram 13 sessões de 60 minutos cada. Em um primeiro momento (2 sessões), apenas três pares de figuras foram utilizados (elefante, hipopótamo e girafa). Após a terceira sessão a figura do leão foi acrescentada.*

Observa-se que a pesquisadora foi aumentando o nível de dificuldade, e conseqüentemente, estimulando a atenção e concentração da criança utilizando o pareamento de figuras com o jogo da memória.

De acordo com Schuler & Wolfberg (2000, apud LAMPREIA, 2007):

O jogo com pares é uma estratégia importante para expandir e diversificar o repertório comunicativo de autistas, proporcionando um

contexto para a coordenação de ações conjuntas e para a referência social. Assim, o jogo com pares pode servir de veículo principal para as crianças aprenderem a se dar conta das necessidades e perspectivas dos outros porque envolve a atenção compartilhada, a alternância de turno e a imitação recíproca. (p.111)

Segundo a autora é muito importante promover para a criança autista momentos de estimulação da atenção. Entende-se que o jogo possibilita a comunicação e socialização da criança. Analisando o estudo de caso II verifica-se que a criança autista jogou com outra criança possibilitando momentos de socialização no decorrer da intervenção, conforme descrito nos trechos abaixo:

*A partir da terceira sessão foi introduzida uma criança (N) de 8 anos, sem diagnóstico autístico. Nesse jogo a pesquisadora apenas observou. Na quarta sessão M. jogou com B. que também não foi diagnosticada com autismo. Na quinta sessão M. jogou com a pesquisadora.*

Analisando a estratégia de inserir outras crianças para jogar, entende-se que é fundamental estimular a interação social da criança autista e conseqüentemente a atenção compartilhada. Diante desta análise entende-se segundo Farah (2009, p. 589):

A habilidade da Atenção Conjunta ou Compartilhada (AC) pode ser definida como sendo os comportamentos infantis que servem para coordenar a atenção entre os parceiros da interação social com o fim de compartilhar uma consciência dos objetos e eventos.

Considerando a intervenção utilizada no estudo de caso compreende-se que utilizando o pareamento de figuras através do jogo da memória é possível estimular o campo visual da criança autista em conjunto com outras crianças proporcionando também interação social.

### 2.3.5. Psicodiagnóstico

O processo do Psicodiagnóstico é essencial para a compreensão de cada caso, é composto por procedimentos, análises, interpretações, técnicas, avaliações, levantamentos de informações, hipóteses e integração dos dados para chegar ao processo de diagnóstico e prognóstico. De acordo com Cunha (2007, p.105) “O processo psicodiagnóstico é um processo científico e, como tal, parte de perguntas específicas, cujas respostas prováveis se estruturam na forma de hipóteses que serão confirmadas ou não através dos passos no processo.”

Através da análise do estudo de caso 2, observa-se que o processo do Psicodiagnóstico foi realizado, conforme descrito abaixo na parte 4 do estudo:

*O Psicodiagnóstico foi realizado quando Julia tinha 02 anos e 06 meses. Os instrumentos e técnicas de avaliação utilizada pela psicóloga foram: o DSM-IV, o CARS, a Descrição de Perfil do Desenvolvimento e a Anamnese. Os resultados desta avaliação apontam para um atraso global do desenvolvimento com presença de referências de conduta que se enquadram num espectro autista, mas que não puderam ser comprovadas com exatidão nesta avaliação. Ressalta-se que o histórico do primeiro ano de vida da criança pode ser responsável, em parte, pelas condutas presentes. (parte 4)*

Avaliando os dados do estudo de caso, compreende-se que para que o Psicodiagnóstico seja realizado de forma precisa e eficaz é essencial que o Psicólogo atue em conjunto com os profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar, realizando encaminhamentos para as especialidades relevantes ao caso pois segundo Mulik (2009, p. 125):

[...] apesar de o diagnóstico de autismo ser realizado com base em critérios comportamentais, ainda assim avaliações médicas são bastante necessárias, tanto como parte do diagnóstico diferencial quanto da investigação de comorbidades.

Entende-se que o ideal é que as avaliações sejam realizadas em conjunto por profissionais especializados, porém, observa-se a dificuldade das áreas entrarem em consenso e conseguirem fechar o diagnóstico precoce de forma precisa. Analisando

o estudo de caso, verifica-se que Júlia teve sessões com Fisioterapeuta, Médico e Neurologista antes de levantar o diagnóstico do TEA, conforme descrito abaixo:

*A mãe informa que aos 15 dias de vida, Júlia recebeu alta do hospital e após 20 dias, teve já em casa uma crise convulsiva, sendo necessário interná-la novamente. Permaneceu internada uma semana para investigar a convulsão. Nesse momento, começou a tomar Gardenal e passou a dormir muito, permanecendo a maior parte do tempo deitada e sonolenta.*

*Recebeu monitoramento por meio do oxímetro até os 07 meses. Por causa do problema respiratório fazia apnéia frequentemente. Clinicamente, foi observada uma importante hipotonia muscular, motivo pelo qual começou com sessões de fisioterapia aos 05 meses. Para tratar a convulsão inicialmente, fez tratamento com Gardenal, mas depois foi trocado pelo Trileptal e na seqüência fez uso do Depakene. A queixa da mãe se referia, exclusivamente, à sonolência e à hipoatividade quando acordada.*

*A partir desse momento, Júlia iniciou investigação neurológica por manifestar crise convulsiva e investigação gastroenterológica por apresentar dor abdominal. A criança se contorcia com freqüência. A mãe relata que tinha a impressão que a criança fazia força por excessiva dificuldade para defecar. Embora apresentasse resultados normais, as dores se mantinham e a criança continuava se contorcendo.*

*Em seguida, recorreram a outro neurologista que levantou a hipótese de não ser crise convulsiva e sim um movimento estereotipado. O médico responsável pelo caso suspendeu o uso do anticonvulsivo e indicou fluoxetina. O neurologista justificou que a alteração apresentada em um único exame não era suficiente para fechar diagnóstico de convulsão uma vez que os outros resultados eram todos normais. A mãe relata que a partir do momento que foi retirado o anticonvulsivo e iniciou tratamento com fluoxetina a criança acordou para o mundo, por volta dos 12 meses.*

*Novamente iniciaram outra maratona de exames para investigar possível diagnóstico que pudesse explicar os prejuízos nas funções da comunicação, da socialização e do comportamento exploratório. Além de manifestar movimento estereotipado antes chamado de “crise”. Portanto, foram a São Paulo e Salvador em busca de um diagnóstico. Pela primeira vez levantaram à hipótese diagnóstica de Autismo Infantil e indicaram profissionais especialistas em autismo em Porto*

*Alegre.*

Considerando o relato acima, verifica-se que Júlia teve um longo percurso na área médica até a primeira hipótese diagnóstica de Autismo. Frente a estas concepções, verifica-se segundo Souza (2004, p.25) “ O autismo infantil apresenta grandes dificuldades no diagnóstico, uma vez que engloba, dentro dos conceitos atuais, várias doenças com diferentes quadros clínicos que têm como fator comum o sintoma autístico.”

De acordo com a citação acima, entende-se que o TEA pode estar associado a outras comorbidades, tornando assim a compreensão do diagnóstico complicada para os profissionais. Ainda segundo Souza (2004, p. 26) :

O psicólogo, com sua formação específica e bem definida, deve estar inserido nesse contexto, sendo também um conhecedor do desenvolvimento humano normal para ter condições de detectar as áreas defasadas e comprometidas. Ele precisa estar muito sensível às observações e relatos da família.

Souza (2004) ressalta a importância do papel do Psicólogo frente aos transtornos do desenvolvimento incluindo assim o TEA, portanto é necessário que o profissional busque compreender cada etapa da vida da criança desde o nascimento no processo do psicodiagnóstico.

O capítulo apresentado ilustrou a partir dos estudos de casos diversas intervenções da Teoria Comportamental no tratamento do TEA pautados nos princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Assim como algumas estratégias que podem ser utilizadas no processo diagnóstico pelo Psicólogo.

No capítulo a seguir poderemos observar mais a fundo os benefícios das intervenções pautadas na Teoria Comportamental relacionadas à importância do diagnóstico e tratamento precoce para o TEA.

## CAPÍTULO 3

### 3. OS BENEFÍCIOS DA TEORIA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TEA

Este capítulo tem como objetivo apresentar ao leitor os benefícios das intervenções da Teoria Comportamental realizadas pelo Psicólogo as quais estão pautadas na Análise do Comportamento Aplicada (ABA).

Utilizaremos, para tal objetivo dois estudos de caso, sendo um deles: ***O Autista e a Análise do Comportamento: Quais as possíveis melhorias na qualidade de vida dos portadores e dos familiares a partir de uma proposta de intervenção?*** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente Vol. XII, N. ° 13, ano 2009. Postulado pela autora Maísa Novaes Portella Checchia.

Em seguida será apresentado um resumo do estudo de caso 2: ***Identificação Precoce do Autismo e Diagnóstico Diferencial : Estudo de caso.*** Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para Pós Graduação em Avaliação Psicológica, 2012. Postulado por Sabrina Maria Ocanha Pires.

#### 3.1. Estudo de Caso 1

O objetivo deste estudo foi instalar e modificar comportamentos em uma criança diagnosticada com autismo, através de procedimentos baseados no método ABA (Applied Behavior Analysis). A intervenção visa instalar comportamento considerado adequado – brincar funcional e diminuir a frequência de comportamentos inadequados classificados como birra. A instalação destes comportamentos teve como objetivo melhorar a interação social com outras crianças.

O sujeito do projeto foi uma criança (M) de 8 anos, do sexo feminino e diagnosticada com autismo. O comportamento escolhido para ser instalado ao

repertório da criança foi o brincar funcional, este definido como o sujeito manipular brinquedos de forma adequada, como por exemplo, seguir corretamente as regras de um jogo. No experimento o brinquedo escolhido foi o Jogo da Memória. Ao total foram 13 sessões de 60 minutos cada. Em um primeiro momento (2 sessões), apenas três pares de figuras foram utilizados (elefante, hipopótamo e girafa). Após a terceira sessão a figura do leão foi acrescentada.

A partir da oitava sessão a pesquisadora inseriu-se no jogo e introduziu mais 17 pares de figuras de uma vez para o sujeito. Antes de jogarem juntas, a pesquisadora realizou um novo pareamento. Tais figuras eram divididas em quatro categorias (Zoológico – já conhecido pelo sujeito -, casa, circo e frutas). Nesta nova condição foram realizadas cinco sessões, sendo que em duas sessões M. jogou com outras crianças.

A modelagem dos comportamentos adequados foi realizada com base no método ABA. Assim, cada resposta correta de M. durante o pareamento e o jogo era seguida de um reforço. Neste caso, o reforço selecionado foi o jogo de quebra-cabeça, o brinquedo de maior preferência do sujeito.

Concomitantemente aos procedimentos utilizados, o experimentador bloqueou as birras apresentadas pela criança. Os comportamentos classificados como birra foram gritos, choro, deitar no chão, falar não, reclamar, se recusar a fazer. Os procedimentos utilizados foram a punição negativa e a extinção. Portanto, quando a criança apresentou algum dos comportamentos considerados birras, a pesquisadora retirou a atenção, ou seja, não olhou para o sujeito e não falou com ele. Além disso, retirou o que havia com M., no caso, os brinquedos.

Desenvolvimento:

Inicialmente, foi apresentado ao sujeito experimental o Jogo da Memória. A pesquisadora realizou um pareamento (Figura 2) para que a criança conhecesse as figuras. Estas eram colocadas, lado a lado, em cima da mesa. A experimentadora apontava a figura do hipopótamo e pedia para que o sujeito colocasse a figura igual ao lado.

Na segunda sessão, após o pareamento ser estabelecido, foram dadas instruções para que (M.) procurasse a figura igual àquela apresentada pela

pesquisadora, sendo que todas as cartas estavam viradas para cima. Toda vez que a criança emitia o comportamento desejado, este era reforçado. Segundo Skinner (1974) o reforço da resposta correta tinha a função de aumentar a frequência de tal resposta. Ao final dessa sessão, a pesquisadora introduziu ao sujeito o jeito correto de jogar, com as figuras viradas para baixo. Porém, essa tentativa ocorreu uma vez e rapidamente. Na terceira sessão, em que houve o acréscimo de mais um par de figuras (leão), foi feito mais um pareamento, da mesma forma descrita anteriormente, afim de que o sujeito identificasse o novo par. A experimentadora deu a instrução para que a criança encontrasse os pares iguais, porém as figuras estavam viradas para baixo, por iniciativa do próprio sujeito. Novamente, a resposta correta era reforçada através da possibilidade do sujeito brincar com o quebra-cabeça. Quando a criança não conseguia a pesquisadora desvirava as duas que estavam para cima, virava outra e dava a instrução para que a criança encontrasse à igual. Esse procedimento era repetido até M. emitir a resposta correta.

A partir da oitava sessão a pesquisadora inseriu mais 17 pares de figuras. Estas figuras eram divididas em categorias: zoológico (Figura 1) (já conhecidas – Hipopótamo, leão, girafa e camelo), circo (Figura 3) (novas – malabarista, palhaço, mágico, domador, trapezista e equilibrista), casa (Figura 4) (novas – cama, cadeira, sofá, televisão e telefone) e frutas (Figura 5) (novo - tomate, banana, pêra, mamão, laranja e coco). Neste momento, a pesquisadora realizou um novo pareamento com objetivo de apresentar as figuras. Durante o jogo a experimentadora instruía a criança de que ela deveria procurar a figura igual àquela apresentada. As figuras estavam todas viradas para baixo. Nesta etapa a resposta correta também era seguida de um reforço, o quebra-cabeça.

Com esses novos pares foram feitas mais cinco sessões, com o pareamento e jogo. A partir da terceira sessão foi introduzida uma criança (N) de 8 anos, sem diagnóstico autístico. Nesse jogo a pesquisadora apenas observou. Na quarta sessão M. jogou com B. que também não foi diagnosticada com autismo. Na quinta sessão M. jogou com a pesquisadora.

Resultados:

Na primeira sessão, durante o pareamento, o sujeito achou as figuras iguais àquela apresentada, sem dificuldades. Portanto, pode-se afirmar que o sujeito passou

com sucesso por essa fase. Já na segunda sessão a criança apresentou dificuldade, mesmo com as figuras viradas para cima. Apresentou comportamentos de frustração, como por exemplo, verbalizava “não” como sinal de que não queria continuar a atividade. Estes comportamentos foram emitidos até M compreender as regras do jogo. Também apresentou comportamentos de birra como gritar e reclamar. Quando compreendeu as regras do jogo, já na terceira sessão, entendeu que era preciso achar os pares de animais apresentados anteriormente. Pode-se afirmar que o sujeito entendeu as regras do jogo, pois quando a pesquisadora havia colocado as figuras viradas para cima, o sujeito as virou para baixo, como a pesquisadora havia introduzido em um dado momento, no final da segunda sessão. Além disso, ao encontrar a figura igual àquela apresentada primeiro, (M.) emitia sons que indicavam comportamentos de comemoração. A partir da oitava sessão a pesquisadora introduziu mais 17 pares, divididos em quatro categorias (circo, zoológico, casa, frutas). A fim de se familiarizar com as figuras antes de iniciar o jogo, foi feito o pareamento da mesma, retirando o que antes já havia realizado zoológico. No novo pareamento, igual ao anterior, dos animais, (M.), confundiu a figura do equilibrista com palhaço (Figura 6), na categoria circo, mas colocou no igual quando foi requisitada na segunda vez. Na categoria casa, confundiu sofá com telefone (Figura 7), porém colocou as figuras em devido lugar quando requisitada pela segunda vez. Na categoria das frutas ela não confundiu nada. Após o pareamento o jogo foi iniciado, a criança demonstrou gostar e não apresentou comportamentos inadequados.

Na nona sessão, (M.) apresentou comportamentos inadequados de chorar, gritar, se jogar no chão por trinta minutos, pois não queria fazer o pareamento. Em uma segunda tentativa os comportamentos inadequados diminuíram drasticamente (só reclamações) e foi possível fazer o pareamento. Nesse ela apresentou dúvida somente na figura do mágico (Figura 8), quando demorou a colocar e ficou procurando.

Na décima sessão, no pareamento, (M.) errou o equilibrista, o colocou no malabarista (Figura 9). Em uma segunda tentativa, acertou. Nessa sessão foi feita a primeira interação com outra criança, (N.) (8 anos) não diagnosticada com autismo. M jogou bem. Quando estava faltando 8 pares para finalizar o jogo, começou a apresentar comportamentos inadequados: chorou gritou, disse não. Pulou-se a vez dela. Pesquisadora jogou no lugar dela. M decidiu voltar faltando 4 pares.

Na décima primeira sessão foi introduzida outra criança, B (8 anos), também sem diagnóstico autístico. Nesse jogo, M. não apresentou comportamentos inadequados e jogou até que todos os pares fossem encontrados, finalizando a partida.

Na décima segunda sessão, M jogou com a pesquisadora sem apresentar comportamentos inadequados. Conclui-se então, que o sujeito acabou aprendendo o jogo e essa atividade tornou-se reforçadora uma vez que ela deixou o quebra-cabeça (brinquedo usado inicialmente como reforço) de lado para brincar de jogo da memória. Somado a isso, na interação social, o sujeito consegue interagir e brincar com a pesquisadora. Apesar de ter apresentado comportamentos inadequados na primeira interação com outra criança, M conseguiu, de fato, interagir, pois as frequências de tais comportamentos caíram drasticamente. A inserção de novas pessoas, no caso crianças, no projeto, tinha como objetivo testar os conhecimentos do sujeito para com o jogo e saber se os comportamentos inadequados surgiriam nos momentos de interação, uma vez que o objetivo de se jogar Memória seria interagir com outra pessoa.

#### Considerações Finais:

Pode-se dizer que os objetivos foram atingidos, uma vez que a criança apresentou o comportamento de brincar funcional, entendeu as regras do jogo e a frequência de comportamentos inadequados diminuiu. Apesar de não ser um dos objetivos específicos, a modelagem de tais comportamentos permitiu ampliar o repertório de interação social da criança com outras pessoas, seja com a pesquisadora e até mesmo com as outras crianças que se dispuseram a jogar Jogo da Memória.

Esse tipo de pesquisa utilizou procedimentos que podem ser utilizados em pesquisas futuras para modificar comportamentos, tanto adequados quanto inadequados, discutidos ao longo da dissertação, e trazer uma melhora na qualidade de vida de um autista e também de sua família. Portanto provou-se que uma criança autista, não importando o grau de comprometimento, é capaz de aprender novas atividades, novos comportamentos, a partir dos quais, ampliar suas interações sociais e ser aceito e inserido na sociedade.

## 3.2. Análise do Estudo de Caso 1

A partir deste momento estaremos analisando os benefícios das intervenções que foram pautadas na Análise do Comportamento Aplicada (ABA) utilizadas no Estudo de Caso, portanto partes do estudo serão copiadas e identificadas em itálico para que sejam distintas do corpo da análise das mesmas.

### 3.2.1. Modelagem

A modelagem dos comportamentos é um dos conceitos fundamentais utilizados nas intervenções pautadas na ABA, visto que através da modelagem a criança com TEA pode aprender novos comportamentos funcionais e extinguir os comportamentos disfuncionais, pois segundo Moreira e Medeiros (2007, p. 60) “Os comportamentos novos que aprendemos surgem a partir de comportamentos que já existem em nosso repertório comportamental.”

No estudo de caso evidenciou-se os benefícios da técnica no decorrer das sessões realizadas conforme descrito abaixo:

*Pode-se dizer que os objetivos foram atingidos, uma vez que a criança apresentou o comportamento de brincar funcional, entendeu as regras do jogo e a frequência de comportamentos inadequados diminuiu. Apesar de não ser um dos objetivos específicos, a modelagem de tais comportamentos permitiu ampliar o repertório de interação social da criança com outras pessoas, seja com a pesquisadora e até mesmo com as outras crianças que se dispuseram a jogar o Jogo da Memória.*

É importante ressaltar que para se obter progressos na modelagem dos comportamentos é necessário selecionar qual será o reforço apresentado a criança quando emitir o comportamento desejado, ou seja, algo que a criança autista demonstre ter alguma preferência.

De acordo com Moreira e Medeiros (2007) a modelagem dos comportamentos ocorre através do reforçamento diferencial, portanto esta técnica demonstra-se muito eficaz no tratamento de crianças com TEA e é muito utilizada para lidar com os comportamentos- problema.

De acordo com Lear (2004, p. 4-13) o reforçamento diferencial:

É útil quando você está tentando eliminar comportamentos indesejáveis, como auto-estimulatórios, agressão, birras, ou falar fora de hora. Primeiro, você deve identificar o comportamento que quer eliminar. Então, escolha o tipo de Reforçamento Diferencial que julgar efetivo.

Analisando o estudo de caso observa-se que o comportamento escolhido para ser modificado foi o de birra e o comportamento para ser instalado foi o brincar funcional. Através da avaliação dos dados da pesquisa compreende-se que a criança autista obteve muitos progressos, conforme descrito abaixo:

*O objetivo deste estudo foi instalar e modificar comportamentos em uma criança diagnosticada com autismo, através de procedimentos baseados no método ABA (Applied Behavior Analysis). A intervenção visa instalar comportamento considerado adequado – brincar funcional e diminuir a frequência de comportamentos inadequados classificados como birra. A instalação destes comportamentos teve como objetivo melhorar a interação social com outras crianças.*

*Concomitantemente aos procedimentos utilizados, o experimentador bloqueou as birras apresentadas pela criança. Os comportamentos classificados como birra foram gritos, choro, deitar no chão, falar não, reclamar, se recusar a fazer. Os procedimentos utilizados foram a punição negativa e a extinção. Portanto, quando a criança apresentou algum dos comportamentos considerados birras, a pesquisadora retirou a atenção, ou seja, não olhou para o sujeito e não falou com ele. Além disso, retirou o que havia com M., no caso, os brinquedos.*

Diante desta análise verifica-se que a modelagem possibilita à criança autista a aprender novos comportamentos e diminuir os comportamentos inadequados. Ainda de acordo com Lear (2004), considera-se primordial que a criança autista não seja lembrada com broncas e repreensões quando emitir algum comportamento indesejado, mas que por via da retenção do reforço a criança passe a compreender.

Com relação a estratégia de extinção descrita no estudo de caso, compreende-se de acordo com Faccion (2005, p. 194):

Quando há emissão de respostas por parte da criança com o objetivo de chamar a atenção das pessoas que a cercam ou para ter ganhos secundários, é empregado o procedimento de “**extinção de comportamento**” onde a presença e ações da criança são ignoradas; o objetivo é não reforçar os comportamentos inadequados.

Verifica-se no estudo de caso que a pesquisadora ignorou o comportamento emitido QUAL pela criança, não olhou, não falou e apenas retirou o reforçador (brinquedos), com o objetivo de não reforçar a birra apresentada pela criança.

Com relação a estratégia de punição mencionada acima no estudo de caso, verifica-se segundo Lear (2004, p. 3-4) “Há uma ampla gama de coisas que as pessoas consideram punição. Entretanto, a parte do possível uso do tempo – fora (*time-out*) ou retirada de privilégios, a punição não é usada em um programa ABA.” Portanto diante deste dado entende-se que a punição não é uma estratégia que visa obter eficácia no tratamento do TEA.

De modo geral com base nos dados mencionados verifica-se que a modelagem de comportamentos aplicada de forma coesa pelo profissional traz diversos benefícios a criança autista, visto que é possível adquirir novos comportamentos e ampliar suas habilidades.

### **3.2.2. Estimulação de habilidades deficitárias**

As crianças que são diagnosticadas com o TEA possuem muitos déficits que podem ser amenizados com estímulos adequados de acordo com suas capacidades e desenvolvimento.

Um dos déficits é a capacidade de interação e socialização, pois de acordo com Bosa (2006) “Aprender como interagir com crianças da mesma idade é uma tarefa árdua para crianças autistas.” (p. 50) Portanto, é fundamental traçar como objetivo interventivo a estimulação da habilidade de socialização para que a criança autista

obtenha benefícios em termos de desenvolvimento de acordo com suas particularidades.

Analisando o estudo de caso observa-se que a pesquisadora utilizou-se das estratégias interativas e incluiu algumas crianças para jogar com M.paciente e estimular a socialização, conforme descrito abaixo:

*Na décima primeira sessão foi introduzida outra criança, B (8 anos), também sem diagnóstico autístico. Nesse jogo, M não apresentou comportamentos inadequados e jogou até que todos os pares fossem encontrados, finalizando a partida.*

*Na décima segunda sessão, M jogou com a pesquisadora sem apresentar comportamentos inadequados. Conclui-se então, que o sujeito acabou aprendendo o jogo e essa atividade tornou-se reforçadora uma vez que ela deixou o quebra-cabeça (brinquedo usado inicialmente como reforço) de lado para brincar de jogo da memória. Somado a isso, na interação social, o sujeito consegue interagir e brincar com a pesquisadora. Apesar de ter apresentado comportamentos inadequados na primeira interação com outra criança, M conseguiu, de fato, interagir, pois as frequências de tais comportamentos caíram drasticamente. A inserção de novas pessoas, no caso crianças, no projeto, tinha como objetivo testar os conhecimentos do sujeito para com o jogo e saber se os comportamentos inadequados surgiriam nos momentos de interação, uma vez que o objetivo de se jogar o jogo da memória seria interagir com outra pessoa.*

Conforme descrito acima verifica-se que estimular a habilidade de interação social da criança autista através de recursos lúdicos como o jogo da memória e a inserção de outras crianças no processo é muito benéfico, visto que M. obteve progressos ao longo das sessões. Tornando assim os recursos da ABA muito eficazes para o tratamento do TEA.

Outro déficit significativo no TEA são os comprometimentos comportamentais que são apresentados de forma peculiar por cada criança, portanto cada caso deve ser identificado, analisado e receber as devidas intervenções de acordo com os objetivos traçados para se obter as metas e os benefícios para a criança autista no decorrer do tratamento. De acordo com Farah (2005, p.197):

A terapia comportamental não usa um único procedimento, senão a associação de estratégias para a obtenção de um conjunto de comportamentos adequados. No estudo de cada caso, são levantadas em consideração a intensidade, frequência, gravidade e a funcionalidade do comportamento apresentado para que sejam definidas as estratégias.

Portanto, de acordo com o autor entende-se a importância da identificação dos comportamentos inadequados que devem ser modificados através de intervenções eficazes.

Avaliando o estudo de caso verifica-se que o comportamento inadequado foi identificado, logo em seguida foi traçado um plano interventivo para modificar o comportamento de birra e modelar um comportamento adequado, como o brincar funcional, conforme exemplificado abaixo:

*A intervenção visa instalar comportamento considerado adequado – brincar funcional e diminuir a frequência de comportamentos inadequados classificados como birra. A instalação destes comportamentos teve como objetivo melhorar a interação social com outras crianças. O sujeito do projeto foi uma criança (M.) de 8 anos, do sexo feminino e diagnosticada com autismo.*

*Pode-se dizer que os objetivos foram atingidos, uma vez que a criança apresentou o comportamento de brincar funcional, entendeu as regras do jogo e a frequência de comportamentos inadequados diminuiu.*

*Portanto provou-se que uma criança autista, não importando o grau de comprometimento, é capaz de aprender novas atividades, novos comportamentos, a partir dos quais, ampliar suas interações sociais e ser aceito e inserido na sociedade.*

Diante desta análise observa-se a eficácia das intervenções pautadas na teoria comportamental no tratamento do TEA, visto que M. evoluiu em termos de habilidades sociais e comportamentais. Assim, verifica-se a eficácia da abordagem conforme descrito por Windholz (2005, p.80):

Para garantir maior probabilidade de sucesso considera-se fundamental que a abordagem comportamental seja norteadora das atividades nos diversos ambientes, casa, escola ou instituição, que o indivíduo frequenta. Quanto mais intensivo e abrangente o atendimento, e quanto mais cedo é iniciado, maiores as chances de aumentar as habilidades gerais do mesmo.

A autora ressalta a importância da intervenção precoce, porém a partir da análise do estudo de caso verifica-se que a criança já estava com 8 anos de idade, conforme descrito abaixo:

*O sujeito do projeto foi uma criança (M) de 8 anos, do sexo feminino e diagnosticada com autismo. Ao total foram 13 sessões de 60 minutos cada.*

Compreende-se que o ideal é que o diagnóstico e a intervenção sejam realizados precocemente, pois de acordo com Bosa (2005) a fase em que a criança começa a buscar o compartilhamento é após os 9 meses de idade. Porém diante do estudo de caso verifica-se que mesmo as intervenções pautadas na ABA sendo realizadas tardiamente também se demonstram eficazes.

### **3.2.3. Pareamento de figuras**

Utilizar o pareamento de figuras nas intervenções com crianças autistas é um excelente recurso, visto que é possível estimular a atenção, concentração e socialização através da brincadeira, sendo essas uma das maiores dificuldades apresentadas por crianças que estão dentro do espectro.

De acordo com Cunha (2005, p. 127):

Brincar é uma forma de expressar-se, é uma atividade que deve começar do interior da criança. Os brinquedos são um convite ao brincar para aqueles que percebem sua mensagem ou pelo menos sua existência. Mas se a criança não percebe o que está ao seu redor, pouco ou nenhum significado tem para ela. Nesses casos é preciso tocá-la de forma a fazê-la perceber o estímulo que o brinquedo poderá oferecer.

Analisando o estudo de caso, observa-se que o jogo da memória foi utilizado para realizar o pareamento de figuras, assim como estimular o brincar funcional da criança em conjunto com outras da mesma idade, conforme descrito abaixo:

*Na décima primeira sessão foi introduzida outra criança, B (8 anos), também sem diagnóstico autístico. Nesse jogo, M. não apresentou comportamentos*

*inadequados e jogou até que todos os pares fossem encontrados, finalizando a partida.*

*Na décima segunda sessão, M jogou com a pesquisadora sem apresentar comportamentos inadequados. Conclui-se então, que o sujeito acabou aprendendo o jogo e essa atividade tornou-se reforçadora uma vez que ela deixou o quebra-cabeça (brinquedo usado inicialmente como reforço) de lado para brincar de jogo da memória.*

*Somado a isso, na interação social, o sujeito consegue interagir e brincar com a pesquisadora. Apesar de ter apresentado comportamentos inadequados na primeira interação com outra criança, M conseguiu, de fato, interagir, pois as frequências de tais comportamentos caíram drasticamente. A inserção de novas pessoas, no caso crianças, no projeto, tinha como objetivo testar os conhecimentos do sujeito para com o jogo e saber se os comportamentos inadequados surgiriam nos momentos de interação, uma vez que o objetivo de se jogar Memória seria interagir com outra pessoa.*

Verifica-se que a partir do pareamento de figuras outras habilidades foram estimuladas como a interação com outras crianças, proporcionando assim progressos com relação a atenção e socialização para a criança com TEA.

De acordo com Lampreia (2007) entende-se a importância da estimulação da atenção compartilhada:

A capacidade de atenção compartilhada reflete a culminação de quatro componentes de desenvolvimento: o orientar-se e prestar atenção para um parceiro social; o coordenar a atenção entre pessoas e objetos; o compartilhar afeto ou estados emocionais com pessoas; o ser capaz de chamar a atenção dos outros para objetos ou eventos para compartilhar experiências. (p.107)

No estudo de caso relatado acima, evidenciou-se os benefícios e a eficácia da intervenção pautada nos princípios da ABA utilizando-se o pareamento de figuras através do jogo da memória, logo, percebe-se a importância da atenção compartilhada entre a criança autista, a pesquisadora e as outras crianças em um processo de interação em que o jogo foi utilizado para a criança brincar de forma funcional.

Segundo Lear (2004, p. 8-2) “ Começe com pareamento: Antes de tentar ensinar qualquer coisa para a criança, gaste um bom tempo apenas ficando com ela e pareando-se com reforçadores.”

Observa-se no estudo de caso que a pesquisadora utilizou um quebra cabeça, brinquedo este que foi identificado como algo de interesse por parte da paciente (M.) conforme descrito abaixo:

*A partir da oitava sessão a pesquisadora inseriu-se no jogo e introduziu mais 17 pares de figuras de uma vez para o sujeito. Antes de jogarem juntas, a pesquisadora realizou um novo pareamento. Tais figuras eram divididas em quatro categorias (Zoológico – já conhecido pelo sujeito -, casa, circo e frutas). Nesta nova condição foram realizadas cinco sessões, sendo que em duas sessões M. jogou com outras crianças.*

*A modelagem dos comportamentos adequados foi realizada com base no método ABA. Assim, cada resposta correta de (M.) durante o pareamento e o jogo era seguida de um reforço. Neste caso, o reforço selecionado foi o jogo de quebra-cabeça, o brinquedo de maior preferência do sujeito.*

Portanto, para que as intervenções pautadas na ABA, inclusive o pareamento de figuras sejam eficazes é importante que o Psicólogo Comportamental esteja atento as preferencias e comportamentos apresentados pela criança com TEA no decorrer do tratamento, sendo criativo para mudar o reforçador caso a criança perda o interesse. Entende-se que através do pareamento a criança coemça a apresentar comportamentos desejados, como a atenção compartilhada e alcança progressos e beneficios em termos de mudanças de comportamentos e desenvolvimento.

### **3.3. Resumo Literal do Estudo de Caso 2**

Identificar sinas precoces do espectro autista e alertar sobre o diagnóstico diferencial são uns dos aspectos mais discutidos na literatura da área, devido à importância que tem no posterior desenvolvimento da criança autista.

Este artigo apresenta um estudo de caso com o objetivo de identificar as primeiras manifestações do autismo de uma criança do sexo feminino, hoje com 10

anos e 06 meses de idade, diagnosticada como autista aos 03 anos e 06 meses por equipe multidisciplinar: psicóloga, fonoaudióloga e neurologista. Ela recebeu atendimentos especializados a partir da suspeita de autismo aos 02 anos e 06 meses e continua recebendo acompanhamentos terapêuticos até a presente data. Ela mora com a mãe e tem uma irmã de 12 anos. O pai faleceu quando a menina tinha 03 anos. A criança será referida com o nome fictício de Júlia.

A fim de investigar a história pregressa da criança analisou-se o prontuário neonatal no momento do nascimento, foi feita uma entrevista com a mãe da criança que também respondeu a Escala de Traços Autísticos de forma retrospectiva, focando os comportamentos observados no primeiro ano de vida. Com a mesma finalidade, foram analisados dois vídeos familiares do nascimento aos seis meses de vida, identificando as seguintes categorias comportamentais: contato visual, sorriso, toque, vocalizações e desenvolvimento motor. Também, foram analisadas as avaliações profissionais sobre o desenvolvimento da criança ao longo do processo de busca de um diagnóstico pela família. Os resultados mostraram que a apesar da criança apresentar desde muito cedo comportamentos identificados dentro do espectro autista o diagnóstico de autista foi confirmado aos três anos e seis meses. *(parte 1)*

#### Instrumentos e procedimentos:

Depois de concordar na participação da pesquisa, marcou-se o primeiro encontro com a mãe no qual foram informados os detalhes da pesquisa e foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). No segundo encontro a mãe disponibilizou todo o histórico para ser analisado e no terceiro foi aplicada a Escala de Traços Autísticos e feita a Entrevista de Anamnese.

Os instrumentos utilizados para a análise foram:

O Prontuário Neonatal que abrange todos os dados da paciente durante os primeiros 15 dias de vida enquanto esteve internada na CTI-Neonatal. Na seqüência, informações sobre a sua segunda internação com 01 mês de vida. São informações relevantes para o diagnóstico e prognóstico.

A Entrevista de Anamnese foi elaborada para a realização desta pesquisa e teve a finalidade de investigar a história pregressa da criança, tal como a gravidez,

o parto, as condições do recém-nascido, a alimentação, o desenvolvimento psicomotor, o desenvolvimento da fala, a escolaridade, o controle dos esfíncteres, o sono, doenças e suas complicações e os antecedentes familiares.

02 vídeos familiares, um vídeo do nascimento aos três meses de vida e o outro dos três meses aos seis meses. A análise desse material tem como finalidade identificar a presença ou ausência de comportamentos de desenvolvimento típico como atenção compartilhada, contato visual, sucção rítmica ao mamar, imitação neonatal, abraço e do sorriso social, resposta ao nome, toque social, comunicação não-verbal (apontar), empatia, comportamentos repetitivos, exploração de objetos, reação visual, reação auditiva, reações nervosas, comunicação verbal e sincronização gestual.

A Escala de Traços Autísticos (Assumpção, Kuczynski, Gabriel, & Rocca, 1999) respondida pela mãe da criança. Esta escala foi traduzida, adaptada e validada da escala construída por Ballabriga et al. Consta de 23 subescalas cada uma das quais divididas em vários itens (Anexo B). O tempo médio de aplicação foi de 25 minutos. A escala é pontuada da seguinte forma. Cada subescala da prova tem um valor de 0 a 2 pontos. Então, pontua-se a escala positiva no momento em que um dos itens for positivo. A pontuação global da escala se faz a partir da soma aritmética de todos os valores positivos da subescala. Foi solicitado à mãe para responder esta escala focando os comportamentos observados no primeiro ano de vida, ou seja, de forma retrospectiva.

O Psicodiagnóstico foi realizado por uma psicóloga especialista em autismo quando a criança tinha 02 anos e 06 meses.

Os Relatórios do profissional de Atendimento Domiciliar Terapêutico após 01 ano de intervenção aos 03 anos e 06 meses e mais tarde aos 08 anos e 06 meses. Estes relatórios buscam descrever o curso do desenvolvimento global da criança.  
(parte 2)

Entrevista de Anamnese:

Durante a Entrevista de Anamnese, a mãe relata que a gestação foi normal, a termo e o parto foi por cesárea por estar em posição sentada. A recém nascida pesava 3695g e media 51 cm com aparência normal.

Corroborando os dados colhidos no prontuário neonatal, a mãe lembra na

entrevista que imediatamente após o nascimento a menina teve complicações respiratórias e permaneceu na incubadora durante 15 dias e logo depois começou a ser monitorizada com oxigênio.

A mãe informa que aos 15 dias de vida, Júlia recebeu alta do hospital e após 20 dias, teve já em casa uma crise convulsiva, sendo necessário interná-la novamente. Permaneceu internada uma semana para investigar a convulsão. Nesse momento, começou a tomar Gardenal e passou a dormir muito, permanecendo a maior parte do tempo deitada e sonolenta.

Recebeu monitoramento por meio do oxímetro até os 07 meses. Por causa do problema respiratório fazia apnéia frequentemente. Clinicamente, foi observada uma importante hipotonia muscular, motivo pelo qual começou com sessões de fisioterapia aos 05 meses. Para tratar a convulsão inicialmente, fez tratamento com Gardenal, mas depois foi trocado pelo Trileptal e na seqüência fez uso do Depakene. A queixa da mãe se referia, exclusivamente, à sonolência e à hipoatividade quando acordada.

A partir desse momento, Júlia iniciou investigação neurológica por manifestar crise convulsiva e investigação gastroenterológica por apresentar dor abdominal. A criança se contorcia com freqüência. A mãe relata que tinha a impressão que a criança fazia força por excessiva dificuldade para defecar. Embora apresentasse resultados normais, as dores se mantinham e a criança continuava se contorcendo.

Em seguida, recorreram a outro neurologista que levantou a hipótese de não ser crise convulsiva e sim um movimento estereotipado. O médico responsável pelo caso suspendeu o uso do anticonvulsivo e indicou fluoxetina. O neurologista justificou que a alteração apresentada em um único exame não era suficiente para fechar diagnóstico de convulsão uma vez que os outros resultados eram todos normais. A mãe relata que a partir do momento que foi retirado o anticonvulsivo e iniciou tratamento com fluoxetina a criança acordou para o mundo, por volta dos 12 meses.

Novamente iniciaram outra maratona de exames para investigar possível diagnóstico que pudesse explicar os prejuízos nas funções da comunicação, da socialização e do comportamento exploratório. Além de manifestar movimento estereotipado antes chamado de “crise”. Portanto, foram a São Paulo e Salvador em busca de um diagnóstico. Pela primeira vez levantaram à hipótese diagnóstica

de Autismo Infantil e indicaram profissionais especialistas em autismo em Porto Alegre.

Os dados colhidos na entrevista com a mãe da Júlia corroboram os dados expostos do prontuário neonatal. Adicionalmente, a mãe relata que já nos primeiros meses ela percebia que a menina não interagia de acordo com o esperado e que apresentava algo estranho.

Ao analisar a entrevista infere-se que apesar de que os exames neurológicos efetuados não mostraram indícios de alterações, três manifestações da criança chamam a atenção para possíveis prejuízos nessa área: as convulsões, a hipotonia e prejuízos nas funções de socialização. Com afirmam Fernandes, Neves e Scaraficci (2006), na maioria das vezes, a criança autista tem um funcionamento irregular de desenvolvimento ao mesmo tempo em que apresenta uma aparência totalmente normal.

O caso de Júlia não foi diferente, foi um bebê de aparência saudável com medidas adequadas, apenas com a complicação respiratória no período neonatal. Contudo, nos primeiros contatos interativos entre mãe e filha, a mãe percebe que alguma coisa não estava indo bem nessa interação. Este tipo de queixa é reportado por Marcelli e Cohen (2010) como uma percepção precoce da mãe de que há algo errado no desenvolvimento da criança.

O que fica de manifesto de forma importante na análise dos relatos é a dificuldade de interpretar os sintomas, ou seja, a dificuldade inerente de diagnosticar o autismo. Por exemplo, Júlia, realmente, estava sofrendo uma crise convulsiva ou estava realizando movimentos estereotipados? Se for a segunda hipótese, tratada com medicação anticonvulsiva. Foram esses remédios que deixaram Júlia sonolenta e hipoativa como reporta a mãe? As próprias contorções frequentes de Júlia, interpretadas como dores abdominais das quais não se acharam as causas em exames clínicos e laboratoriais, poderiam ser outra manifestação de movimentos estereotipados?

No presente caso, pode-se pensar que frente a esses comportamentos de ambígua interpretação, uma variável foi determinante para a busca de um diagnóstico mais apurado, a percepção de mãe de que algo não estava bem na relação mãe/bebê. Este aspecto bem abordado por Marcelli e Cohen (2010).

Outra conclusão que pode ser extraída dos dados analisados consiste na necessidade de ter outros olhares profissionais quando as primeiras interpretações

deixam dúvidas ou não fecham um diagnóstico explicativo. No caso de Júlia, observou-se que a criança submeteu-se a diferentes terapias farmacológicas indicadas para crise convulsivas, tendo efeitos colaterais que poderiam estar interferindo no seu desenvolvimento.

A substituição dessas medicações pela fluoxetina pareceu apropriada uma vez aceita a hipótese de comportamentos estereotipados. Em um ensaio clínico cruzado, controlado com placebo, de Hollander et al., (2005) investigou-se o efeito da fluoxetina líquida nos comportamentos repetitivos em 45 crianças e adolescentes diagnosticadas com Transtorno Invasivo de Desenvolvimento (TID). Apesar de que os resultados não mostraram uma melhora nas medidas de comportamento global, observou-se que pequenas doses de fluoxetina líquida foram efetivas para tratar os comportamentos repetitivos, especialmente em crianças mais novas. Em vários artigos de revisão, também se confirma a efetividade do uso de fluoxetina como inibidor seletivo da recaptação de serotonina, especialmente para a inibição dos movimentos estereotipados e ritualistas (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Navarro, 2001; Nikolov, Jonker & Scahill, 2006). *(parte 3)*

#### Psicodiagnóstico:

O Psicodiagnóstico foi realizado quando Julia tinha 02 anos e 06 meses. Os instrumentos e técnicas de avaliação utilizada pela psicóloga foram: o DSM-IV, o CARS, a Descrição de Perfil do Desenvolvimento e a Anamnese. Os resultados desta avaliação apontam para um atraso global do desenvolvimento com presença de referências de conduta que se enquadram num espectro autista, mas que não puderam ser comprovadas com exatidão nesta avaliação. Ressalta-se que o histórico do primeiro ano de vida da criança pode ser responsável, em parte, pelas condutas presentes.

A psicóloga chegou-se a conclusão que Júlia com 02 anos e 06 meses apresentava atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e da linguagem expressiva muito importante, com presença de hipotonia com perdas na capacidade funcional.

Os ajustes posturais eram precários e existia grande redução da atividade espontânea no brincar, no explorar e no construir. A fala apresentava atraso, utilizando muito precariamente formas alternativas para a comunicação. Quando incomodada agarrava-se à mãe e chorava.

O nível cognitivo tinha indícios de estar mais preservado, pois era capaz, por alguns momentos, do uso apropriado dos objetos oferecidos, evidenciando processamento adequado dos estímulos, havendo interrupção provavelmente pela fadiga e certo desligamento e desinteresse pelo outro.

É importante referir que nestes momentos não se empenhava em manipulações bizarras e/ou estereotípias observáveis. A conduta imitativa estava emergindo, respondendo ao prompt físico, momentos nos quais mantém a atenção adequada, mesmo que por breves momentos.

Portanto, os repertórios condutuais apontavam para um atraso global do desenvolvimento. Ao mesmo tempo, existiam referências de condutas que se enquadrariam num espectro autista, mas que não puderam ser comprovadas com exatidão nesta avaliação. O prognóstico era reservado, devendo submeter-se a reavaliações em período aproximado de 06 a 08 meses, devendo a família e os terapeutas ficarem atentos para o aparecimento e/ou fortalecimento de condutas que se enquadrariam em um espectro autista. Em função desse relatório, Júlia recebeu estimulação específica, contínua e sistemática de todos os repertórios básicos. Estimulação em diferentes ambientes e atendimento através de terapeuta domiciliar com vistas a organizar o ambiente domiciliar e orientar os pais.

Pode-se observar que a pesar do prognóstico ser reservado, o fato de contar com uma hipótese diagnóstica precoce e diferenciada permite que algumas condutas sejam seguidas Ribeiro, Assumpção Jr. e Valente (2002) salientam sobre a importância do diagnóstico etiológico, visto que algumas doenças neurológicas apresentam sinais e sintomas psiquiátricos, especialmente, na infância. Nessa fase do desenvolvimento o diagnóstico precoce influencia consideravelmente o prognóstico, já que muito pode ser feito quanto à estimulação e exercitação de alguns comportamentos mais adaptativos. *(parte 4)*

Conclusão:

A partir da análise dos vídeos do nascimento aos seis meses de vida, deste estudo de caso, foram identificados sinais precoces do autismo. Aparece visivelmente carência de contato visual, de sorriso social, de toque, de vocalizações e, ainda, importante atraso psicomotor. Portanto, muito antes dos 02 anos e 06 meses poderia ter sido iniciado um programa de intervenção precoce para minimizar os sintomas da síndrome autística e ao mesmo tempo trazer benefícios à criança.

Outro indicador precoce que surgiu nas observações dos vídeos e relatos da mãe se refere à estereotipia. Durante onze meses de vida a estereotipia que é uma característica do autismo foi entendida como crise convulsiva. A partir de um mês de vida Julia passou a tomar remédios para convulsão, resultando em sonolência e hipoatividade. Aqui se pode fazer uma alerta em relação ao diagnóstico errôneo em período crucial do desenvolvimento, pois adia a intervenção precoce e traz prejuízos determinantes, como observado nesse caso. Também, salienta-se a importância de investigar e direcionar atenção em relação à estereotipia precoce nos próximos estudos como um possível indicador de autismo. *(parte 5)*

### **3.3.1. Análise do Estudo de Caso 2**

A partir deste momento estaremos analisando os benefícios do diagnóstico precoce do TEA realizado pelo Psicólogo através dos procedimentos do Psicodiagnóstico e as devidas orientações passadas para a família, portanto partes do estudo serão copiadas e identificadas em itálico para que sejam distintas do corpo da análise das mesmas.

### **3.3.2. Psicodiagnóstico**

O processo do Psicodiagnóstico é essencial para a identificação precoce das principais características do TEA. Deste modo, se faz necessário realizar avaliações psicológicas. De acordo com Cunha entende-se o papel do Psicólogo neste processo:

[...] O psicólogo pode assumir a responsabilidade de um diagnóstico diferencial, que se efetua através de um modelo psicológico, isto é, pelo psicodiagnóstico. Para chegar à inferência clínica, chamada de diagnóstico, o psicólogo deve examinar os dados de que dispõe (que englobam informações sobre o quadro sintomático, dados da história clínica, as observações do comportamento do paciente durante o processo psicodiagnóstico e os resultados da testagem), em função de determinados critérios (critérios diagnósticos), podendo considerar, assim, várias alternativas diagnósticas. (CUNHA J.,2007, p. 118)

O Psicodiagnóstico auxiliará o Psicólogo no processo de levantamento de informações e dados, podendo o mesmo utilizar testes psicológicos para auxiliar o processo avaliativo. Assim como observar vídeos da criança e investigar o discurso dos familiares na entrevista de anamnese. Verifica-se como o Psicólogo realizou o Psicodiagnóstico no estudo de caso, conforme descrito abaixo:

*O Psicodiagnóstico foi realizado quando Julia tinha 02 anos e 06 meses. Os instrumentos e técnicas de avaliação utilizada pela psicóloga foram: o DSM-IV, o CARS, a Descrição de Perfil do Desenvolvimento e a Anamnese. Os resultados desta avaliação apontam para um atraso global do desenvolvimento com presença de referências de conduta que se enquadram num espectro autista mas que não puderam ser comprovadas com exatidão nesta avaliação. Ressalta-se que o histórico do primeiro ano de vida da criança pode ser responsável, em parte, pelas condutas presentes.*

Diante da análise do estudo de caso, observa-se a necessidade do Psicólogo realizar encaminhamentos para outros profissionais para conseguir concluir o diagnóstico com mais exatidão, podendo assim se assegurar que todas as áreas e problemas apresentados serão investigados de acordo com os critérios diagnósticos do TEA, pois segundo Bosa (2011, p.87):

Os critérios diagnósticos para o autismo são baseados na tríade de comprometimentos das áreas da interação social, comunicação e comportamentos restritos e estereotipados. 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.

Partindo dessa premissa, compreende-se a relevância do diagnóstico ser realizado de uma forma precisa e adequada por profissionais que estejam preparados com conhecimentos e estudos sobre o desenvolvimento, interação, comunicação e comportamentos infantis.

No estudo de caso descrito abaixo, observa-se que o Psicodiagnóstico foi realizado por uma Psicóloga especialista em autismo quando a criança tinha 2 anos e 6 meses:

*A psicóloga chegou-se a conclusão que Júlia com 02 anos e 06 meses*

*apresentava atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e da linguagem expressiva muito importante, com presença de hipotonia com perdas na capacidade funcional.*

*Portanto, os repertórios condutuais apontavam para um atraso global do desenvolvimento. Ao mesmo tempo, existiam referências de condutas que se enquadrariam num espectro autista, mas que não puderam ser comprovadas com exatidão nesta avaliação. O prognóstico era reservado, devendo submeter-se a reavaliações em período aproximado de 06 a 08 meses, devendo a família e os terapeutas ficarem atentos para o aparecimento e/ou fortalecimento de condutas que se enquadrariam em um espectro autista.*

*A partir da análise dos vídeos do nascimento aos seis meses de vida, deste estudo de caso, foram identificados sinais precoces do autismo. Aparece visivelmente carência de contato visual, de sorriso social, de toque, de vocalizações e, ainda, importante atraso psicomotor. Portanto, muito antes dos 02 anos e 06 meses poderia ter sido iniciado um programa de intervenção precoce para minimizar os sintomas da síndrome autística e ao mesmo tempo trazer benefícios à criança.*

Verifica-se no estudo de caso conforme relatado acima a importância da avaliação e reavaliações para comprovar se a criança está ou não no dentro espectro, pois este processo não pode ser realizado de forma imediata como uma checagem, mas sim com avaliações completas e integração de vários dados, observações dos comportamentos através de vídeos e investigação dos relatos. De acordo com Mulik (2009, p.126):

Uma boa avaliação psicológica talvez seja um dos elementos mais úteis durante o processo diagnóstico, uma vez que fornecerá informações detalhadas acerca do funcionamento cognitivo e adaptativo da criança, o que é essencial para a formulação de um plano de intervenção individualizado.

Portanto, por via das avaliações realizadas no Psicodiagnóstico por um Psicólogo especializado em autismo, o diagnóstico precoce poderá ser realizado, e desta forma a criança poderá receber intervenções e estimulação de acordo com os déficits apresentados e obter progressos que venham favorecer a criança no desenvolvimento da linguagem pré-verbal e verbal, nas demais habilidades comunicativas e nas relações sociais.

Observa-se no estudo de caso que logo após a identificação do TEA a criança recebeu intervenções apropriadas conforme descrito:

*Em função desse relatório, Júlia recebeu estimulação específica, contínua e sistemática de todos os repertórios básicos. Estimulação em diferentes ambientes e atendimento através de terapeuta domiciliar com vistas a organizar o ambiente domiciliar e orientar os pais.*

Diante desta análise do estudo entende-se que o Psicodiagnóstico torna-se um processo essencial para o levantamento de informações, avaliações, encaminhamentos e prognóstico, assim como para o planejamento do tratamento logo após a identificação do TEA, em que a criança poderá beneficiar-se e alcançar progressos através da estimulação dos déficits que são apresentados por crianças que estão dentro do espectro do autismo.

### **3.3.3. Orientação à família**

Diante da complexidade do diagnóstico do TEA cada família poderá apresentar diversas reações, como a dificuldade de aceitar o filho e conviver com a nova realidade. Frente a esta demanda os profissionais precisam ouvir os familiares, entender os conflitos, as dificuldades, expectativas, acolhendo e orientando a família sobre as possibilidades interventivas.

De acordo com Bosa (2011, p. 92):

O apoio aos familiares tem se mostrado essencial na busca de melhorias para a criança com autismo. As preocupações dos pais sobre os comprometimentos específicos do filho e o curso do desenvolvimento futuro contribuem para um aumento do estresse familiar, o que afeta o desenvolvimento da criança.

Portanto, segundo a autora realizar orientações, acolher e informar é um dos processos primordiais para contribuir com a família do paciente, através de estratégias que oferecem informações e apoio desde a identificação do diagnóstico até o percurso do tratamento.

Observa-se no estudo de caso, que a princípio a família recebeu apenas orientações sobre medicamentos para crises convulsivas, tornando mais tardio o diagnóstico do TEA, conforme exemplificado abaixo:

*Outra conclusão que pode ser extraída dos dados analisados consiste na necessidade de ter outros olhares profissionais quando as primeiras interpretações deixam dúvidas ou não fecham um diagnóstico explicativo. No caso de Júlia, observou-se que a criança submeteu-se a diferentes terapias farmacológicas indicadas para crise convulsivas, tendo efeitos colaterais que poderiam estar interferindo no seu desenvolvimento.*

*Durante onze meses de vida a estereotipia que é uma característica do autismo foi entendida como crise convulsiva. A partir de um mês de vida Julia passou a tomar remédios para convulsão, resultando em sonolência e hipoatividade. Aqui se pode fazer uma alerta em relação ao diagnóstico errôneo em período crucial do desenvolvimento, pois adia a intervenção precoce e traz prejuízos determinantes, como observado nesse caso.*

Analisando o estudo de caso, verifica-se a importância de ressaltar que primeiramente os profissionais precisam estar preparados e ter conhecimentos sobre o TEA para levantar as possibilidades diagnósticas e ter embasamentos para informar a família, evitando assim interpretações errôneas sobre o caso, visando a elaboração precoce do diagnóstico, as devidas orientação à família e tratamento da criança com TEA.

Segundo Gomes P.T. ( 2014, p. 119) :

*É essencial que profissionais de saúde auxiliem sempre essas famílias com apoio e orientação para a convivência diária com criança diagnosticada com TEA e intervenham sempre que necessário (até com oferta de práticas complementares e opcionais), uma vez que os extensos ou permanentes períodos de dedicação exigidos a família para com essas crianças, em muitos casos, resultam na diminuição das atividades de trabalho, de lazer e até de negligência nos cuidados da saúde dos demais membros da família.*

Analisando os estudos do autor, entende-se que as famílias de pacientes autistas enfrentam diversos desafios e muitas vezes encontram-se resistentes ao processo de aceitação e compreensão do diagnóstico. Porém, quando a família está disposta, ou seja, consegue se engajar no processo terapêutico da criança com TEA

muitos benefícios podem ser evidenciados tanto a curto, como a longo prazo. Partindo dessa premissa verifica-se de acordo com Prado (2013, p. 92):

Podemos então dizer que, a forma como os pais reagem diante da deficiência do filho, vai influenciar muito no desenvolvimento dele. Se a família interpreta a deficiência como uma ameaça, produzirá ansiedade e angústia; se a interpretação for de perda, produzirá depressão; mas se a deficiência for interpretada como um desafio, os sentimentos de ansiedade e esperança serão propulsores para a busca de resolução de problemas, motivação e crescimento, não só do portador da deficiência, mas de toda a família.

Segundo a autora, entende-se que para a criança autista apresentar progressos principalmente na interação, comunicação e nos comportamentos, é muito importante que a família esteja implicada, acompanhando o processo.

Verifica-se no estudo de caso que a mãe da paciente contribuiu muito na explicação dos detalhes e dos dados que foram colhidos na entrevista, conforme descrito abaixo:

*Os dados colhidos na entrevista com a mãe da Júlia corroboram os dados expostos do prontuário neonatal. Adicionalmente, a mãe relata que já nos primeiros meses ela percebia que a menina não interagia de acordo com o esperado e que apresentava algo estranho.*

Avaliando o estudo, observa-se a importância da contribuição da família no decorrer do processo investigativo, para elaboração de hipóteses diagnósticas. Assim como a importância da implicação dos profissionais especializados que devem realizar avaliações, orientações precisas e planejamento para o tratamento do TEA, beneficiando deste modo a criança nos aspectos comportamentais, sociais e comunicativos.

### **3.3.4. Considerações do capítulo**

O capítulo apresentado ilustrou por via de dois estudos de caso os benefícios das intervenções pautadas na Teoria Comportamental, assim como as possibilidades e desafios do Psicólogo ao realizar o diagnóstico de TEA em conjunto com a equipe multidisciplinar e a família. Desta forma, observou-se que mesmo diante das dificuldades de identificar os sinais e sintomas precoces do TEA, o diagnóstico realizado de forma precisa poderá aumentar as probabilidades da criança autista desenvolver habilidades deficitárias, como a comunicação, interação e comportamentos adaptativos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce no TEA, assim como apresentar como o Psicólogo poderá realizar o diagnóstico e as intervenções junto com outros profissionais e a família do paciente, utilizando a Teoria Comportamental.

Desta forma, por via das descrições dos estudos de casos, observou-se como são realizadas as intervenções pautadas na Teoria Comportamental e nos princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Sendo intervenções que são avaliadas constantemente no decorrer do processo, com objetivos e metas pré-determinadas para a estimulação precoce da criança com TEA, assim como orientar os familiares desde a identificação do diagnóstico até o início e percurso do tratamento.

Os principais autores utilizados para analisar a importância do diagnóstico precoce no decorrer do trabalho foram: Assumpção J.R., Bosa C. e Klin A., visto que os autores enfatizam a identificação dos sinais e sintomas precoces do TEA, assim como os déficits que são apresentados pelas crianças que estão no espectro.

Através dos estudos de Mulick J. A., Onzi Z. F. e Souza J. C., levantou-se a importância das considerações práticas durante o processo do diagnóstico, assim como o manejo do Psicólogo com os familiares principalmente no momento da notícia do diagnóstico, portanto considerou-se importante o momento do acolhimento e da clareza nas informações e orientações sobre o TEA e suas possibilidades de tratamento.

No decorrer do trabalho foram verificados os avanços da Teoria Comportamental na identificação e tratamento do TEA. Porém observou-se a carência de pesquisas e trabalhos voltados para programas interventivos e de orientação aos educadores, cuidadores e familiares de autistas, assim como para toda a equipe multidisciplinar que precisa estar preparada para identificar e realizar intervenções com as crianças que estão dentro do espectro do autismo.

Em síntese, comprovou-se o objetivo deste trabalho, a partir dos estudos de casos apresentados e discutidos os benefícios da Teoria Comportamental no tratamento do TEA, do mesmo modo se evidenciou a importância do diagnóstico ser

realizado precocemente por uma equipe multidisciplinar que esteja preparada em termos de conhecimentos e prática com autistas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSUMPCAO J. R. **Autismo infantil**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2000, vol.22, suppl.2, pp.37-39. ISSN 1516-4446. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600010) Acessado em: 24 de setembro de 2016 às 2016.

BEREOHFF A. **AUTISMO: uma história de conquistas**. Brasília, 1993. Disponível em: <http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/view/1914/1885> Acesso em: 06 de jun. de 2017.

BOSA, C. A. **Sinais Precoces de Comprometimento Social no Autismo: Evidências e Controvérsias**. In: CAMARGOS JR., WALTER **Transtornos Invasivos de Desenvolvimento**, 3º Milênio. DF – Ministério da Justiça, 2º Edição, 2005.

\_\_\_\_\_. **Autismo: intervenções psicoeducacionais**. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, c. 28, Supl I, p. 47-53. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf> Acessado em: 05 de set. de 2017.

\_\_\_\_\_. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: Autismo**. In: PETERSEN, Wainer & Cols. *Terapia Cognitivo - Comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e Arte*. Artmed, 2011.

\_\_\_\_\_. **Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais**. *Psic: Teor. e Pesq.* vol.30 no.1 Brasília Jan./Mar., 2014.

BUSCAGLIA, L. **Os Deficientes e Seus Pais: um desafio ao aconselhamento**, Record, Rio de Janeiro, 1993.

CAMARGOS JR., WALTER **Transtornos Invasivos de Desenvolvimento**, 3º Milênio. DF – Ministério da Justiça, 2ª edição, 2005.

CHECCHIA, M. N. P. **O Autista e a Análise Aplicada do Comportamento: Quais as Possíveis Melhorias na Qualidade de Vida dos Portadores e dos Familiares a partir de uma Proposta de Intervenção?** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente, Vol. XII, Nº. 13, Ano 2009, p. 79-88. Disponível em: <http://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/1066/1/artigo%207.pdf>  
Acesso em: 01 de outubro de 2017.

CLETO, A. **O autismo e a área educacional**. In: Revista Autismo. Vol.0,p. 06- 44. Set/ 2010. Disponível em: <http://autismoerealidade.org/noticias/autismo-e-terapia-o-que-e-o-teacch/> Acesso em: 28 de Fevereiro de 2017.

COLL, C. et al. **Desenvolvimento Psicológico e Educação - 2ed. - Vol.3: Transtornos de Desenvolvimento e Necessidades Educativas Especiais**. 2007.

COSTA I. **Como o método Padovan todo o sistema nervoso é estimulado**. In: Revista Autismo. Vol.0,p. 06- 44. Set/ 2010.

CUNHA N.H.S. **Distúrbios de Comportamento**. In: CAMARGOS JR., WALTER **Transtornos Invasivos de Desenvolvimento**, 3º Milênio. DF – Ministério da Justiça, 2º Edição, 2005.

CUNHA J. A., **Psicodiagnóstico V.** 5. ed. rev. e ampl. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre, Artmed, 2007. Editado também como livro impresso em 2003. ISBN 978-85-363-0778-7 Disponível em: <https://professorsauloalmeida.files.wordpress.com/2015/02/psicodiagnoc3b3stico-v-jurema-alcides-cunha.pdf> Acesso em: 28 de outubro de 2017.

DUARTE, C.P.; SCHWARTZMAN, J. S.; et al. **Diagnóstico e Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo: Relato de um Caso.** In: Autismo: Vivências e Caminhos. São Paulo: Blucher, 2016. p. 46-56 . ISBN: 978-85-8039-132-9. Disponível em: <http://openaccess.blucher.com.br/article-details/07-19748> Acesso em: 03 de ago. de 2017.

ELIAS, A. V.; ASSUMPCAO JR., Francisco B. **Qualidade de vida e autismo.** Arq. Neuro-Psiquiatria. São Paulo, v. 64, n. 2a, p. 295-299, jun. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004282X2006000200022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2006000200022&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 setembro de 2016.

FACCION J.R. **Quando a internação é indicada - Atendimento Psicológico à criança portadora de transtornos invasivos do desenvolvimento** in: CAMARGOS JR., WALTER **Transtornos Invasivos de Desenvolvimento**, 3º Milênio. DF – Ministério da Justiça, 2º edição, 2005.

FARAH, L. **Estudo Longitudinal da Atenção Compartilhada em Crianças Autistas Não- Verbais.** Rev. CEFAC. 2009 Out – Dez, 11(4) :587-597. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11n4/07.pdf> Acesso em: 06 de out. de 2017.

FAZZIO, D. **O Verdadeiro ABA - Um Programa Público Modelo de Intervenção Comportamental Precoce Para Crianças Com Autismo.** In: Revista Autismo Informação Gerando Ação. Ano II – Núm. 2, Abril de 2012.

FERREIRA, J. C. P. **Estudo exploratório da qualidade de vida de cuidadores de pessoas com perturbação do espectro do autismo**. Porto, 2009. Dissertação (Monografia em Educação Física); Faculdade de Desporto; Universidade do Porto, 2009. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21751/2/39525.pdf> Acesso em: 06 de out. de 2017.

FERREIRA, L. A.; et. al. **Ensino de aplicação de tentativas discretas a cuidadores de crianças diagnosticadas com autismo**. Perspectivas [online]. 2016, vol.7, n.1, pp. 101-113. ISSN 2177-3548. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-35482016000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482016000100008) Acesso em: 06 de out. de 2017.

FORNERO, E. G. **Fonoaudiologia**. In: "Transtornos Invasivos de Desenvolvimento", 3º Milênio, Walter Camargos Jr. e cols, Brasília, DF – Ministério da Justiça, 2ª edição, 2005.

GADIA C. et al. **Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento**. Jornal de Pediatria (2004). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa10> Acesso em: 06 de out. de 2017.

GOMES P.T.; **Autismo no Brasil: uma revisão sistemática dos desafios familiares e das estratégias de enfrentamento**. Pediatria (Rio J). 2015;91(2):111–121. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572015000200111&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000200111&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 18 de set. de 2017.

GOULART, P. & ASSIS, G. J. A. **Estudos sobre autismo em análise do comportamento: aspectos metodológicos**. Rev. bras. ter. comport. cogn. [online]. 2002, vol.4, n.2, pp. 151-165. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452002000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200007) Acesso em: 06 de ago. de 2017.

KANNER, L. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**. In: RANGÉ, B. *Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, Porto Alegre, Artmed, 2011.

KLIN, A. MERCADANTE, M. **Autismo e transtornos invasivos do desenvolvimento**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2006, vol.28, suppl.1, pp.s1-s2. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500001>. Acessado em: 26 de setembro de 2016.

LAMBERTUCI, M. C. F. **Terapia Ocupacional nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**. In: "Transtornos Invasivos de Desenvolvimento", 3º Milênio, Walter Camargos Jr. e cols, Brasília, DF – Ministério da Justiça, 2005.

LAMONICA, D. A. C. **Utilização de variações do ensino incidental para promover o aumento das habilidades linguísticas de uma criança diagnosticada autista**. *Temas psicol.* [online]. 1993, vol.1, n.2, pp. 127-130. ISSN 1413-389X. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1993000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000200016) Acesso em: 23 de set. de 2017.

LAMPREIA, C. **A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo**. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2007, vol.24, n.1, pp.105-114. ISSN 1982-0275. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/estpsi/v24n1/v24n1a12.pdf> Acesso em: 24 de set. de 2017.

LEAR, K. **Ajude-nos a aprender (Help us learn) – um programa de Treinamento em ABA (Análise do Comportamento Aplicada) em ritmo auto- estabelecido 2º edição (2004)**.

LOPES, L. P. A. **Terapia Ocupacional**. In: "Transtornos Invasivos de Desenvolvimento", 3º Milênio, Walter Camargos Jr. e cols, Brasília, DF – Ministério da Justiça, 2005.

MARINHO, E. A. R. **Um olhar sobre o autismo e sua especificação.** IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro de Sul Brasileiro de Psicopedagogia, 2009. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/1913\\_1023.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/1913_1023.pdf) Acesso em: 30 de setembro de 2016.

MARQUES, M. H. **Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais.** Rev Psiq Clín. 2011;38(2):66-70 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n2/v38n2a05> Acesso em: 03 de março de 2017.

MENEZES G. B. **A Atuação Psicopedagógica diante do Processo de Aprendizagem de Crianças com Autismo.** Santa Maria, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1836> Acesso em: 06 de jul. de 2017.

MIZAEL, T. M. & AIELLO, A. L. R. **Revisão de estudos sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) para o ensino de linguagem a indivíduos com autismo e outras dificuldades de fala.** Rev. bras. educ. espec. [online]. 2013, vol.19, n.4, pp.623-636. ISSN 1413-6538. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382013000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382013000400011) Acesso em: 06 de jun. de 2017.

MOREIRA, M.B.; MEDEIROS, C.A. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento,** Artmed, 2007, Porto Alegre.

MULICK, J. A. **Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas.** Psicol. cienc. prof. [online]. 2009, vol.29, n.1, pp.116-131. ISSN 1414-9893. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000100010>. Acesso em: 21 de Fevereiro de 2017.

NUNES D. R. P. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.** In: RANGÉ, B. Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria, Porto Alegre, Artmed, 2011.

ONZI F. **Transtorno do Espectro Autista: A Importância do Diagnóstico e Reabilitação.** 2015, p. 188-199. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/979/967> Acesso em: 21 de ago. de 2017.

ONU. **Organização das Nações Unidas.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca/>. Acessado em: 01 de dezembro de 2016

CID 10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Organização Mundial da Saúde.** Rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

PRADO, A. **Família e deficiência.** São Paulo: Casa do Psicólogo, (2004) p.85-98

PIACENTINI, P. **O que é Floortime?** In: Revista Autismo Informação Gerando Ação. Vol 1.p.05-45 Abr/2011.

PIRES, S. M. O. **Identificação Precoce do Autismo e Diagnóstico Diferencial: Estudo de Caso.** Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49110/000828787.pdf?sequence=1> Acesso em: 11 de novembro de 2017.

RAMOS, C. **Comunicação e PECS (Picture Exchange Communication System)** In: Revista Autismo - Informação Gerando Ação. Vol1. p.05-45 Abr/2011. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/edicao-2/o-que-e-pecs> Acesso em: 28 de Fevereiro de 2017.

RIBEIRO, S. **ABA uma intervenção comportamental eficaz em casos de autismo.** In: Revista Autismo Informação Gerando Ação. Vol.0,p. 06- 44. Set/ 2010.

\_\_\_\_\_ **O impacto do autismo na família.** In: Revista Autismo Informação Gerando Ação. Vol.0,p. 06- 44. Set/ 2010.

SERRA, D. **Sobre a Inclusão de Alunos com Autismo na Escola Regular. Quando o Campo é Quem Escolhe a Teoria.** Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 1 n. 2, p. 163-176, jul/dez. 2010 Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/17533> Acesso em: 07 de jun. de 2017.

SCHMIDT, C; BOSA, C. **A Investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo.** Inter em Psicol. Rio Grande do Sul, v. 7, n. 2, p. 111-120, 2003. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3229/2591>. Acesso em: 05 de set. de 2017.

SCHLIEMAN L., SPANHOLETO P., **A associação da estimulação de linguagem e da atividade motora no trabalho com crianças dentro do espectro autista.** In: Revista Autismo. Ano IV- n.3 – março de 2013.

SOUZA, J.C. et al. **Atuação do Psicólogo Frente aos Transtornos Globais do Desenvolvimento Infantil.** Psicologia Ciência e Profissão, 2004, 24 (2), 24-31 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n2/v24n2a04.pdf> Acesso em: 01 de out. de 2017.

SPROVIERI, M. ASSUMPCÃO JR. F. B. **Dinâmica Familiar de crianças autistas, arquivo da Neuropsiquiatria.** São Paulo, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2001000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200016) Acesso em: 03 de mar. De 2017.

SUPLICY, A. M. **Autismo Infantil: Revisão conceitual.** Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência. 1993, p. 21-28. Disponível em: [http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_01\\_1/in\\_01\\_06.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_01_1/in_01_06.pdf) Acesso em: 14 de jun. de 2017.

TAMANHA A. **Evolução da criança autista a partir da resposta materna ao autism behavior checklist.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v20n3/05.pdf> Acessado em: 18 de junho de 2017.

TOLEZANI, M. **Son – Rise uma abordagem inovadora.** In: Revista Autismo. Vol.0,p. 06- 44. Set/ 2010.

VELOSO, R. L. **Na Intervenção Fonoaudiologia é Preciso Tratar o Quanto Antes.** In: Revista Autismo Informação Gerando Ação. Ano 1, Núm. 0. Set de 2010.

VIEIRA, S. **Os Benefícios do PECS.** In: Revista Autismo Informação Gerando Ação. Ano IV – Núm. 3, mar. de 2013.

WINDHOLZ. M.H.; **A Terapia Comportamental com Portadores de TID (Transtornos Invasivos de Desenvolvimento).** In: "Transtornos Invasivos de Desenvolvimento", 3º Milênio, Walter Camargos Jr. e cols, Brasília, DF – Ministério da Justiça, 2005.