 Curso de Psicologia

**POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISMO – (TEA)**

LENEIDA ALBUQUERQUE ALVES

SOBRAL – CE 2017

**POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISMO – (TEA)**

Leneida Albuquerque Alves

**INTRODUÇÃO**

Ainda nos dias atuais há uma busca veemente por respostas científicas sobre as questões ligadas ao espectro do autismo que nos motiva a fomentar diálogos e investigações que contemplem os aspectos psíquicos no que tange ao comportamento invasivo e as formas de relacionamento das pessoas autistas com o ambiente. Consideramos um acervo rico de pesquisas e investigações de cunho clínico ao longo dos anos, mas que não respondem com clareza as tantas perguntas que nos inquietam na contemporaneidade.

O que de fato é essa incógnita? As abordagens se diferenciam ao apontar alterações comportamentais qualitativas, alterações em relação à comunicação e comprometimentos na interação social. No entanto, quanto à etiologia do autismo, inexiste consenso entre os pesquisadores, permanecendo ainda desconhecidas as causas do transtorno na atualidade.

Uma contribuição relevante a se registrar é a importância do diagnóstico em equipe multidisciplinar e observância dos indicadores no desenvolvimento da criança, e investigação criteriosa dos indicadores dos comportamentos atípicos, repetitivos estereotipados, severos que podem ser indicadores para avaliação diagnóstica do TEA. Convém salientar a importância da avaliação diagnóstica precoce para se chegar a uma intervenção adequada ou possível.

O documento do Ministério da Saúde Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) chama a atenção para a avaliação diagnóstica:

As diretrizes de atenção à reabilitação da Pessoa com TEA se iniciam com a vigilância de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento e estendem-se para o de avaliação diagnóstica. O diagnóstico nosológico objetiva: (a) examinar em que medida os comportamentos observados são suficientes para a classificação diagnóstica (pela CID 10), levando em consideração diagnóstica diferencial; e (b) fornecer subsídios para o delineamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e para os encaminhamentos para as intervenções adequadas a cada caso. (BRASIL, 2014, p.39).

Diante dessas orientações, precisamos estar preparados para atender as demandas que estão proliferando os dados estatísticos de pessoas autistas. Tem crescido o número de crianças diagnosticadas com autismo. Mas, percebe-se na prática que os sintomas apresentados no quadro clínico são distintos; podendo ter o mesmo diagnóstico mais com uma gama de variações sintomáticas. O que diz, bastante dessa forma de dizer “espectro”. Isto torna complicado para o manejo das intervenções também.

Relembrando o caso estudado por Jean Itard (1772-1840), o chamado Victor de Aveyron que sobreviveu num ambiente selvagem e privado de interação social e, consequentemente, não apresentava comportamentos tipicamente humanos. As intervenções pensadas para Victor tinham a pretensão de “humanizá-lo”.

Podemos relembrar tais registros na Obra, (À educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Victor do Aveyron, São Paulo, 2000). Nesta obra tão importante o médico registra como o garoto foi encontrado e os avanços adquiridos com o método de educação pautados em um programa de adequações de metas e objetivos que suscitaram credibilidade pela capacidade do garoto e motivação do ensinante. Vale registrar que tudo foi observado; em especial os avanços e fracassos.

Uma pergunta já era alvo de investigações clínicas do referido pesquisador: Quais as consequências da privação do convívio social e da ausência absoluta de educação para a inteligência de um adolescente que viveu assim, separado de indivíduos de sua espécie? São estas e as outras inquietações que permeiam o nosso fazer diante do nosso complexo “objeto” de estudo.

Diante das perguntas reflexivas, o artigo apresenta algumas considerações sobre os sintomas, as intervenções e as contribuições do trabalho da equipe multidisciplinar na condução da reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo e sugestões para formação de professores que trabalham numa perspectiva inclusiva.

Para abordamos a temática, realizou-se uma revisão bibliográfica de literatura especificas no caso em livros, artigos com objetivo de aprofundar algumas abordagens sobre o autismo. No escopo do presente artigo, selecionamos algumas técnicas utilizadas na educação dos autistas.

O tema foi escolhido e delimitado através da pergunta de partida: Como as propostas de intervenção precoce auxiliam na construção do conhecimento? A pergunta foi escolhida com o objetivo de investigar e entender o trabalho dos professores que têm o papel de educar essas crianças especiais.

Para tratarmos do tema, foi feita exploração através de uma revisão da literatura. O objetivo deste trabalho é apresentar algumas abordagens sobre o tema autismo, assim como proposta de intervenção precoce no âmbito da aprendizagem e desenvolvimento cognitivo para com crianças autistas. O desenvolvimento do artigo baseia-se em: enumerar, refletir e analisar, e, propor uma formação de professores e especialistas em atendimento especializado com o olhar da psicologia.

1. **ALGUNS CONCEITOS DE AUTISMO.**

Revisando o Documento do Ministério da Saúde Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (BRASIL, 2015) encontramos algumas concepções sobre o autismo que vão dar suporte as nossas inquietações relativos à área motora que merece atenção especializada por ser forte indicadores de “desordem” no autismo que são perceptíveis em muitos casos que são as estereotipias motoras.

Sobre isto, se observa no dia-a-dia das crianças como sendo respostas repetitivas de auto estimulação que parece ter o objetivo de regular uma área sensorial que emite sensações de prazer.

Vejamos claramente sobre isto no Manual do Autismo um guia dos pais para o tratamento completo:

Os exemplos mais comuns de estereotipias observadas nessas crianças são: *flapping* (movimento de balançar as mãos), *rocking* (mover o tronco para frente e para trás), andar na ponta dos pés, movimentar as mãos na frente do rosto, girar sobre o próprio eixo, observar objetos que giram ou correr sem objetivo claro. (TEIXEIRA, 2016, p.28).

Que nas crianças esses tidos “movimentos motores” estereotípicos se apresentam nas mãos, e em correr de um lado para outro, ou andar de um lado para outro e fazer alguns movimentos aleatórios no ar. E empinando alguns objetos de um modo um tanto rígido, olhar, por exemplo, o movimento rítmico do ventilador prestando atenção exageradamente e ter uma demasiada apreciação por um objeto.

E dificuldades em perceber algo ou alguém e virar a cabeça quando alguém o chama a atenção. Toda essa estruturação vem nos falar de movimentos corpo ricos mais também de formas de linguagem diversas.

Mas, houve registros de artigos que tratam das limitações no que tange a área de interação social que gostaríamos de reforçar nossas observâncias na citação ainda do Documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, p.27) acima citado:

O início dos anos 1980 também foi marcado pelo artigo de Lorna Wing sobre a síndrome descrita por Hans Asperger em 1944. Após modificar parte da descrição clínica feita por Asperger, Wing (1981) defendeu que tanto o autismo quanto aquela síndrome compartilhavam da mesma tríade sintomática: ausência ou limitações na interação social recíproca; ausência ou limitações no uso da linguagem verbal e/ou não verbal; e ausência ou limitações das atividades imaginativas, que deixavam de ser flexíveis para se tornarem estereotipadas e repetitivas. O artigo de Wing (1981) propiciaria o gradual fortalecimento da noção de continuum ou “espectro do autismo” nos anos e nas décadas seguintes e contribuiria para que a “síndrome de Asperger” fosse incorporada à classificação psiquiátrica nos anos de 1990.

Consideramos que há uma diversidade de elementos que podem favorecer na investigação diagnóstica da pessoa com espectro autismo; poderia se observar se a criança espontaneamente demonstra interesse por algum brinquedo em especial, se por exemplo apontar ou mostra o objeto para alguém ou ainda,se faz algum comentário sobre aquele objeto,se faz perguntas que indicam esclarecimentos de alguma questão,se direciona o olhar que vai dizer de uma atenção compartilhada ou se faz com atividade estereotipadas.

Observar também se aponta o dedo ao se referir a algo ou alguém,se pede ajuda falando, ou tentar concertar um brinquedo ou faz um funcionar.As observações são extremamente importantes até para início de avaliação diagnóstica.

Outra citação nos remete a uma reflexão sobre o comportamento invasivo nas crianças com sintomas de autismo que já estão sendo classificados e que segundo o CID 10 trata dos Transtornos mentais e comportamentais se deslocando; o autismo infantil (F84-0), o autismo atípico (F84-1), a síndrome de Rett (F84-2); a síndrome de Asperger (F84-5), o transtorno desintegrativo da infância (F84-3) e transtorno geral do desenvolvimento não especificado (F84-9).

E, vale salientar que ainda têm nessa mesma classificação os problemas no desenvolvimento da Fala e da Linguagem (F-81) e também no desenvolvimento motor (F-82). Isto, apenas indica o quanto é complexo o diagnóstico de uma pessoa com espectro autismo. E quanto é necessário à investigação criteriosa desse sujeito em um ambiente adequado e com profissionais qualificados e especializados.

Mas, os estudos avançaram consideravelmente nos diferentes campos clínicos. Vejamos o que já se diziam nos meados dos anos 80:

Desde 1980, no campo psiquiátrico, o autismo deixou de ser incluído entre as “psicoses infantis” e passou a ser considerado um “transtorno invasivo do desenvolvimento” (TID). Nas classificações mais difundidas – a CID-10, da Organização Mundial da Saúde (1992), e o DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana (1994) –, são descritos, além do autismo, a síndrome de Asperger, o transtorno desintegrativo, a síndrome de Rett e os quadros atípicos ou sem outra especificação. Na quinta versão do DSM (DSM-V), a ser lançada em 2013, a denominação utilizada passará a ser “transtornos do espectro do autismo”, localizados no grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento. (BRASIL, 2015, p.27).

É considerável que neste sentido os transtornos de neurodesenvolvimento envolvem muitos aspectos que devem modificar qualitativamente um amplo repertório desde os motores, ao comunicativo e ou comportamentais que vai dizer muito de atraso significativos no processo subjetivo de cada sujeito.

O que vale considerar, que há necessidade de intervenção precoce em equipe multidisciplinar e nesse sentido se afirma que a Rede de Atenção Básica à Saúde poderia potencializar e ampliar a oferta de serviços e também qualificar profissionais para atender a estas demanda da contemporaneidade. Isto poderia ser ofertando com ampliação das redes de cuidados e assistência a pessoa com deficiência.

1. **A AVALIAÇÂO DIAGNÓSTICA**

É importante frisar que os transtornos do desenvolvimento envolvem, necessariamente, alterações qualitativas da experiência subjetiva, dos processos cognitivos, da comunicação (linguagem) e do comportamento, e não simplesmente alterações quantitativas.

Um transtorno do desenvolvimento não é apenas um atraso ou uma interrupção do processo normal de desenvolvimento, embora estes possam estar presentes também, mas sim a manifestação clínica de um processo atípico e prejudicial do desenvolvimento. Por assim o se constituir ou se apresentar, se registrou uma relevante consideração segundo as Diretrizes de Atenção a Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (BRASL, 2014, p.39).

[...] o diagnóstico do TEA envolve a identificação de “desvios qualitativos” do desenvolvimento, sobretudo no terreno da interação social e da linguagem (b) a necessidade do diagnostico diferencial e (c) a identificação de potencialidades tanto quanto de comprometimento, é importante que se possa contar com uma equipe de, no mínimo psiquiatra e ou neurologista e ou pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo.

Pegamos apenas uma das áreas para descrever as possíveis estratégias de uma avaliação no caso como seria a avaliação psicológica propriamente dita. Seria uma construção de hipóteses a partir das entrevistas de anamnese com o familiar ou cuidadores, uma avaliação da capacidade de interação social com o uso do lúdico ou por meio de jogos ou brincadeira, e de uma possibilidade de entrevista com os adolescentes se no caso fizer uso da linguagem, ou seja, se for verbal.

Todo o processo é investigatório nas áreas cognitiva e neuropsicológica e uma entrevista de devolutiva para os pais ou responsável. Isto, apenas explica que cada especificidade avaliará alguns aspectos. No caso do psicólogo o foco será os aspectos relacionados ao emocional, social e comportamental.

Como seria a Observação do comportamento e da Interação Social? Primeiro o foco na Atenção Compartilhada, busca de assistência, responsabilidade social, sorriso, expressões afetivas, linguagem, relação com os objetos, brincadeira funcional, brincadeira de “faz de conta”, atividade gráfica, movimentos estereotipados do corpo e aspectos sensoriais, interesses sensoriais e ou por objetos cada um desses aspectos devem ser registrado cautelosamente.

De acordo com o documento de Linha de cuidados para Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015, p.35) o autor faz a seguinte informação:

O primeiro componente é o processo diagnóstico, que abrange todas aquelas atividades exercidas pelos profissionais de saúde com o objetivo de compreender, de forma abrangente e detalhada, a natureza das dificuldades de um sujeito singular, o que inclui o diagnóstico funcional e nosológico.

Acreditamos que daí surgiria o segundo passo as intervenções necessárias a cada pessoa. Mas é interessante dizer que apesar do diagnóstico são pessoas que tem seus conflitos, seus medos, suas angustias e que estes sofrem na realidade e que necessitam serem vistas como pessoas e não como classificações nosológicas e que estas mesmas vão sendo aprimoradas e aperfeiçoadas ao longo de suas vidas. Como esta escrita no mesmo documento que referenciamos em outras palavras:

As pessoas diagnosticadas com seus sofrimentos e suas dificuldades bem concretas é que são inteiramente reais e não as categorias diagnósticas nas quais tais pessoas são abstratamente alocadas. As classificações diagnósticas são mutáveis ao longo do tempo. Afinal, elas refletem um retrato instantâneo, o “estado da arte” das evidências e dos consensos acumulados em certo momento do tempo, necessitando de um aperfeiçoamento constante à medida que surgem novas evidências científicas e novos consensos sociais (BRASIL, 2015, p.39).

Se estivermos avaliando comportamento é necessário saber lidar com eles, nesse caso algumas reflexões sobre a concepção de cuidados é primordial. Vemos que há muitas dificuldades a serem amenizadas no manejo de técnicas que propõe modelar os comportamentos das pessoas com autismo. Sobre isto, o autor nos fala (BRASIL, 2015, p.66).

Atos bizarros podem isolar ainda mais a pessoa com transtorno do espectro do autismo e sua família. Como lidar com eles? A equipe atenta pode, olhando com cuidado e singularidade, extrair a lógica de cada agir “estranho”, entendendo-os como tentativas desses sujeitos de reagir a estímulos ou situações que, se desconsiderados, acabam distanciando sua possibilidade de participação dos contextos sociais. Desta forma, pode-se potencializar a expressão de interesses e identificar habilidades que possam ser desenvolvidas.

Isto implica de ficarmos alertas o tempo todo, a qualquer maneirismo sem ter a pretensão de eliminar. Mas, usá-los em favor de uma intervenção que no caso seria a necessidade de se conectar a esse sujeito de sentidos diferentes ou atos incompreensíveis a nosso ver mais que traduz a singularidade e subjetividade de um sujeito. Ou mesmo “apostar” na possibilidade de estabelecer um vinculo eficaz, que venha superar o nosso entendimento de comportamentos adequados e inadequados.

1. **O TRATAMENTO E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÂO EDUCACIONAL**

Sabe-se que existem muitas possibilidades de intervenção de cunho educacional e clinico. Portanto queremos fazer um recorte das possibilidades que pesquisamos que revelam na prática êxito. Compreendemos que a intervenção educacional, sugeridas as crianças com TEA no decorrer da nossa experiência profissional no atendimento especializado, poderia suscitar uma dialógica reflexão e mudanças de posturas nos profissionais iniciantes que hoje são convocados a atender essa demanda.

Percebemos que a educação pode trazer melhorias significativas à qualidade de vida dessas crianças. E os profissionais da educação precisam estar amparados por fundamentos teóricos de certas abordagens também usadas no espaço terapêutico.

Consideramos o pensamento do autor PEREIRA (1996) há uma organização equilibrada destes atores no seu conjunto permitirá construir um melhor “ponto de apoio” para os diferentes níveis de intervenção: intervenção assistencial, intervenção educacional e intervenção psicológica.

Assim, pontuaremos algumas abordagens de ricos desfechos de conhecimentos teórico-práticos.

**3.1 A ABORGAGEM PSICANALÍTICA**

A abordagem psicanalítica traz uma possibilidade de se considerar o sujeito de forma singular e propõe uma base relacional através da linguagem, que poderá ser expressa através de seus interesses, se este não for verbal a terapeuta empresta sua fala ao sujeito assim a relação vai sendo construída no sentido de suavizar suas dificuldades e minimizar o seu sofrimento, estabelecendo uma relação que amplie suas aprendizagens de forma a permitir que este sujeito se traduza nas emoções em relação ao que lhe cerca.

Favorecendo sempre uma acolhida a família como parte integrante do processo ressignificação do sujeito e estabelecendo informações pontuais e casuais com a equipe interdisciplinar para investigação mais abrangente de cada caso. Podemos ver como acontece esse processo na citação de QUINET (2006, p.80) que nos fala assim:

Isto significa que a fala, ainda que bizarra maneirista e neológica, pode ser psicanaliticamente considerada uma tentativa de cura, pois é um meio de o sujeito tentar recuperar o objeto procurando assim estabelecer um laço significativo com os objetos do mundo.

Nisto percebe-se que este sujeito se enquadra no campo da linguagem sujeito no campo da linguagem com possibilidades de inserção e relação social.

Segundo o autor (FURTADO, 2013, p.122):

A clinica psicanalítica com crianças, no que concerne à hipótese do sujeito, não apresenta a rigor, diferenças em relação à do adulto. Em ambas o que importa é o infantil que está em jogo, ou seja, a dimensão pulsional que fundamenta o sintoma. É esta dimensão pulsinal, articulada através de seus representantes psíquicos ( ou significantes) que funda o desejo.Desejo que,só sendo possível articulado por via das palavras,apresenta-se sempre como desejo do Outro. È alienado no discurso do Outro que o sujeito se constitui e pode, enfim, separar-se a partir de seu sintoma.

Diante dessas premissas, vale ressaltar que a psicanálise pode trazer sua contribuição de caráter analítico desse sujeito, como a ideia de emprestar sua fala a este grande outro até que este se autorize a falar de, ou sobre algo que lhe é peculiar. Pode-se compreender que há outras formas de expressão da linguagem com o propósito de comunicar algo a alguém.

O Tratamento das pessoas com Espectro autismo leva sempre a considerar que a psicanálise tem muito a dizer sobre o tratamento do autismo, embora seja vista com alvo de críticas por outras abordagens. Entendemos que sempre haverá criticas em relação a um ou outro método e intervenção no tratamento do autismo. Mas, convém tesar alternativas possíveis de recorrer as diferentes formas de intervir nas desordens que geram patologias muito específicas ou por que não dizeres complexos.

Diante do exposto cabe citar o artigo com o tema Diagnóstico e tratamento do transtorno artístico em publicações brasileiras: revisão de literatura, das autoras (MESQUITA; PEGORARO, 2013), que trazem três fatores preponderantes:

Tratamento Independentemente do tipo de intervenção realizada na criança autista seu desfecho prognóstico leva em consideração três fatores determinantes: a) a idade com a qual é diagnosticada, b) o início do tratamento e o c) grau de comprometimento de aspectos como linguagem, interação social e funcionamento cognitivo.

Sucintamente iremos abordar algumas das metodologias de intervenção mais adotadas para o tratamento das pessoas com Espectro autismo.

**3.2. TRATAMENTO E EDUCAÇÃO PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEACCH)**

O método fundamenta-se em pressupostos da teoria da psicolinguística e entende que a imagem visual pode ser um recurso que estimula a comunicação. Usam-se diversos apelos comunicativos desenhos, pinturas, fotos, imagem, objetos concretos, utensílios todos com o mesmo objetivo favorecer as relações e interações sociais.

Segundo Schwsraztman (1995), o reforço positivo dos estímulos aumenta a probabilidade das condutas entendidas como adequadas e negativas para serem realizadas na convivência social.

E também na teoria comportamental compreendendo que o ambiente é manipulado por diversos comportamentos desejados e indesejados, e no espaço estruturado eles trabalham para que esses comportamentos sejam modificados ou suavizados, se conseguem estes sujeitos recebem reforço positivo. Este sendo simbólico nada tão valorativo como, por exemplo, uma recompensa de uma medalhinha simbólica.

Considera-se que é uma possibilidade de atuação psicopedagógica bem eficiente onde se trabalha com a linguagem receptiva e a expressão e o corpo poderá ser uma fonte de expressão como, por exemplo, os próprios movimentos corporais e os traçados gráficos.

Há um mural de rotina para cada sujeito e o material é construído de acordo com as especificidades de cada atividade sugerida no espaço escolar e adequado à rotina domestica, há neste, uma programação visual de todas as atividades e usam-se estímulos auditivos. Tem como meta principal desenvolver a autonomia mediante o desenvolvimento de habilidades de comunicação.

Neste, há uma dinâmica de organização do espaço que fica assim constituída conforme a citação do autor no mesmo documento do Ministério da Saúde (2015, p.87).

A organização do espaço deve levar em conta as necessidades de cada pessoa, mas devem existir três locais claramente distintos: área de aprendizado, de trabalho independente e de descanso. A rotina ou a sequência de atividades deve encontrar-se disponível de modo claro, bem como a forma de transição entre uma atividade e outra. Os materiais devem ser adequados e as atividades devem ser apresentadas de modo que a pessoa com transtorno do espectro do autismo consiga entender a proposta visualmente. O programa deve levar em conta que a pessoa com transtorno do espectro do autismo precisa aprender, em pequenos passos, inclusive, a aumentar a sua tolerância ao tempo de trabalho.

* 1. **METODO PECS E CONTRIBUIUÇÃO PARA O TRATAMENTO DA CRIANÇA AUTISTA**

É um sistema produzido em 1985 por Andrew S, BONDY, Ph. D.eLori Frost,.M,S.,CCC/SLP (VIEIRA,2012), é um tipo de material exclusivamente usados com pessoas com espectro autismo e doenças relacionadas. Tem sido aplicado é reconhecido como eficaz por ser focado na comunicação. Para sua produção não se utiliza materiais caros ou muitos sofisticados. Mas, materiais que são reutilizados em diferentes situações.

O sistema tem uma proposta de iniciação baseada em um ensinante que sugere uma figura e dar ao aprendente “chamado parceiro de comunicação, que aceita como um pedido”. O sistema passa a usar as figuras e como junta de modo que forme umas sentenças. Exemplo Eu quero bolo (figuras correspondente de um bolo) e entregue pelo parceiro.

Quando ele adquirir a habilidade de pedir o que necessita através das figuras, outras sentenças que poderá ser simples ou complexa iniciada. Até que o parceiro que não é verbal adquira um repertório de conversação a partir de imagens gráfica que são guardadas num fichário e com um tabuleiro confeccionado ele vai usando as imagens para fazer solicitações das mais simples as mais avançadas.

O sistema pode ser ensinado a qualquer pessoa de qualquer idade e tem um êxito em relação à fala. Os pesquisadores do PECS divulgado os seus resultados em vários países.

Para melhor compreensão o PECS e ensinado por fases; a primeira: como se comunicar. Nesta fase apenas uma figura poderá ser usado para significar a atividade que a pessoa gostaria de fazer. Na segunda fase: Distância e persistência ainda utilizando uma única figura a pessoa aprende a generalizar a atividades proposta para usar em diferentes momentos da vida com pessoas diferentes e distâncias diferentes.

O objetivo e torna-los comunicadores persistentes. Na fase terceira a pessoa aprende a escolher entre duas ou três figuras para pedir seus itens sugeridos. Para afixar a ordem do pedido usa-se uma pasta com velcro produzida para este fim.

**3.4 ANÁLISE ALICADA DO COMPORTAMENTO ou O USO DO ABA**

O procedimento do Applied behavior analysis é aplicada com intuito de provocar mudanças no comportamento; através das possibilidades de inserir um comportamento operante mais social. Nesta abordagem a prática de aplicação de reforço é persistente até que o comportamento seja modelado.

Com o ABA se processa um plano de intervenção de tratamento, selecionando as técnicas apropriadas e fazendo modificações adaptativas, sempre coletando dados sistematicamente. É feita uma as informações sobre as variáveis que estão associadas há um comportamento inadequado ou específico. Por exemplos se usado o método em crianças: vamos trabalhar com alguns conceitos como:

Reforço positivo e dado para reforçar um comportamento desejado, como comida, água, um brinquedo etc. Modelagem é recompensada por aproximação até que o comportamento desejado seja adquirido. Desvanecimento vai se reduzindo as instruções para que seja aplicado um comportamento de independência no sujeito.

Extinção, remoção de reforço e mantendo o repertório comportamental; Punição; aplicação de estímulo indesejável para reduzir comportamentos problemáticos; Reforço diferencial; reforço de uma alternativa socialmente desejada ou falta de um comportamento.

São os programas mais bem vistos pela comunidade acadêmica e tem aceitação Professional e de familiares.

**3.5 O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NO TEA**

É aconselhado na maioria dos casos para as pessoas com TEA e poderá ser usado ao longo da vida. Objetiva controlar sintomas como insônia, hiperatividade, impulsividade, irritabilidade, auto e hetero agressões, falta de atenção, ansiedade, depressão, sintomas obsessivos, ataques de raivas. Comportamentos repetitivos, ou rituais. Há alguns casos de comorbidades psiquiátricas nas pessoas com TEA. E dependendo do caso é sugerido o uso de medicação.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

AZAROFF, B. S. et al. The Picture Exchange Communication System (PECS) What Do the Data Say?**Focus on Autism and Other Developmental Disabilities.** Vol. 24, pp. 89-103, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FURTADO, Luis; Achilles, Rodrigues. **Sua Majestade o Autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo**. Curitiba, Editora CRV, 2013.

MESQUITA, W, S.; PEGORARO, R, F. **Diagnóstico e tratamento do transtorno artístico em publicações brasileiras: revisão de literatura.** 6 de maio de 2013. < https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/03\_julset/V31\_n3\_2013\_p324a329.pdf> Acesso em: 16 de abril de 2017.

PEREIRA, E (1996). **Autismo: do conceito a pessoa**. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

QUINET, Antonio. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro, Zahar,2000.

SANTOS, I, M; SOUSA, P, M, L. **COMO INTERVIR NA PERTURBAÇÃO AUTISTA.** <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0262.pdf> Acesso em 04/06/2017.

SCHWARSTZMAN, J. S.; ASSUMPÇÃO, F. B. Jr. e Colaboradores. **Autismo Infantil**. Memnon Edições Científicas. São Paulo, 1995.

TEIXEIRA, Gustavo. **Manual do Autismo**. - 1. Ed.- Rio de Janeiro: Best-seller, 2016.

VIEIRA, Soraia. **O que é PECS?** , 02 de Abril de 2012. **<**http://www.revistaautismo.com.br/edicao-2/o-que-e-pecs> Acesso em 04/06/2017.

Parte superior do formulário

Parte inferior do formulário