

PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR NO CONTEXTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

VOLUME 1

Organizadores

ANA SÁSKYA VAZ DE ARAÚJO
BRÁULIO COSTA TEIXEIRA
CRISTIANE SALES LEITÃO
LÍDIA ANDRADE LOURINHO
MARIA DO SOCORRO TAVARES TIMBÓ



ALECE ASSEMBLEIA
LEGISLATIVA
DO ESTADO
DO CEARÁ

**EDIÇÕES
INESP**



ANA SÁSKYA VAZ DE ARAÚJO
BRÁULIO COSTA TEIXEIRA
CRISTIANE SALES LEITÃO
LÍDIA ANDRADE LOURINHO
MARIA DO SOCORRO TAVARES TIMBÓ
(Organizadores)

PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR
NO CONTEXTO DO
TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA
(TEA)
VOLUME 1

INSTITUTO DE ESTUDOS
E PESQUISAS SOBRE
O DESENVOLVIMENTO
DO ESTADO DO CEARÁ
INESP



ALECE
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
DO ESTADO DO CEARÁ

1ª Edição
Fortaleza – CE
2022

Copyright by Inesp © 2022

INSTITUTO DE ESTUDOS E PESQUISAS
SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DO CEARÁ - INESP

Diretor Executivo do Inesp

João Milton Cunha de Miranda

Coordenação Editorial

Ernandes do Carmo

Assistente Editorial

Valquíria Moreira / Rachel Garcia

Projeto Gráfico e Diagramação

Valdemice Costa de Sousa (Valdo)

Revisão

Sandra Mesquita

Equipe de Edição e Produção Gráfica

Cleomárcio Alves (Márcio), Edson Frota,
Francisco de Moura, Hadson França, João Alfredo
Gotardo Freire, Mário Giffoni
Aurenir Lopes, Tiago Melo Casal

Estagiários

João Victor / Thaís Lúcio

Catalogado por Daniele Nascimento CRB-3/1023

P467 Perspectiva interdisciplinar no contexto do TEA [livro eletrônico] /
(organizadores), Ana Sásnya Vaz de Araújo ... [et al.]. – Fortaleza:
ALECE, INESP, 2022.
v. : il. ; 1690 Kb ; PDF

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-88252-91-8

1. Transtornos do espectro autista – Pesquisa. 2. Autismo. I. Araújo,
Ana Sásnya Vaz de. II. Teixeira, Bráulio Costa. III. Leitão, Cristiane Sa-
les. IV. Lourinho, Lídia Andrade. V. Timbó, Maria do Socorro Tavares.
VI. Ceará. Assembleia Legislativa Instituto de Estudos e Pesquisas sobre
o Desenvolvimento do Estado. VII. Título.

CDD 618.928982

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS ÀS EDIÇÕES INESP.

A presente obra não poderá ser comercializada e sua reprodução, total ou parcial,
por quaisquer meios reprográficos ou digitais, deverá ter a autorização prévia do Inesp.

Apresentação

Abordar a pauta do Transtorno do Espectro Autista (TEA) passa, diretamente, pelo compromisso social que todos nós devemos ter com ações de inclusão. Parte indissociável dessa luta é avançarmos em políticas públicas que garantam diagnóstico precoce desde a primeira infância, com terapia, tratamento e uma completa rede de assistência para que as pessoas sintam-se acolhidas, inseridas na sociedade e cumprindo o exercício de sua cidadania.

O TEA é uma síndrome comportamental. As crianças autistas apresentam, ao longo do crescimento, dificuldades socioemocionais nos seus comportamentos não verbais, no olhar, nos gestos, expressões e posturas do corpo, que resultam em impactos na comunicação, na interação social e no aprendizado. Mas existem intervenções efetivas de reabilitação e desenvolvimento cognitivo, para que as limitações não se transformem em impeditivos, graças ao trabalho de equipes de profissionais na área da saúde.

Muito nos orgulha que, em nossa gestão, a Assembleia Legislativa do Estado do Ceará – Alece, tem fortalecido a sua contribuição a esta importante causa por meio do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil - CIADI. O equipamento oferece atendimento a crianças de 2 a 12 anos e adolescentes até 16 anos com TEA, assim como crianças de 2 a 7 anos com Síndrome de Down, dependentes dos servidores da Casa, e



também de famílias da comunidade do entorno do Prédio-sede, em Fortaleza.

O Parlamento dispõe, hoje, de estrutura formada por equipe de profissionais interdisciplinar no intuito de assegurar o acompanhamento humanizado na infância e guiar os jovens, com cuidado, promoção da qualidade de vida e construção de novos caminhos para suas habilidades cognitivas, sociais, emocionais e motoras. Psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, musicoterapeutas, médicos, psicopedagogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, tecem juntos essa rede de especialistas que transforma vidas.

A experiência exitosa da intervenção multiprofissional interdisciplinar é o que norteia a presente obra, publicada por meio do Instituto de Estudos e Pesquisas – Inesp, da Alece. Uma obra escrita por autores que vivenciam e muito têm a compartilhar acerca da perspectiva do trabalho destinado aos atendimentos de crianças e adolescentes com TEA. Boa leitura e que possamos juntos enriquecer ainda mais as boas práticas por uma sociedade mais justa e igualitária.

Deputado Estadual Evandro Leitão

Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará

Inesp

O Instituto de Estudos e Pesquisas sobre o Desenvolvimento do Estado do Ceará - Inesp -, criado em 1988, é um órgão técnico e científico de pesquisa, educação e memória. Ao idealizar e gerenciar projetos atuais que se alinhem às demandas legislativas e culturais do Estado, objetiva ser referência no cenário nacional.

Durante seus mais de 30 anos de atuação, o Inesp prestou efetiva contribuição ao desenvolvimento do Estado, assessorando, por meio de ações inovadoras, a Assembleia Legislativa do Estado do Ceará. Dentre seus mais recentes projetos, destacam-se o “Edições Inesp” e o “Edições Inesp Digital”, que têm como objetivos: editar livros; coletâneas de legislação; e, periódicos especializados. O “Edições Inesp Digital” obedece a um formato que facilita e amplia o acesso às publicações de forma sustentável e inclusiva. Além da produção, revisão e editoração de textos, ambos os projetos contam com um núcleo de Design Gráfico.

O “Edições Inesp Digital” já se consolidou. A crescente demanda por suas publicações segue uma média de quarenta mil downloads por mês e alcançou um milhão de acessos. As estatísticas demonstram um crescente interesse nas publicações, com destaque para as de Literatura, Ensino, Legislação e História, estando a Constituição Estadual e o Regimento Interno entre os primeiros colocados.

O livro *Perspectiva Interdisciplinar no Contexto do TEA* é mais uma obra que compõe o diversificado catálogo de publicações do “Edições Inesp Digital” e que, direta ou indiretamente, colaboram para apresentar respostas às questões que afetam a vida do cidadão.

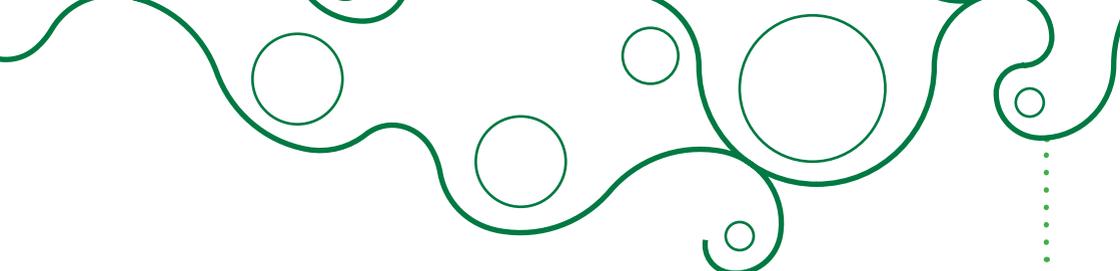
Prof. Dr. João Milton Cunha de Miranda
Diretor-Executivo do Inesp

Sumário

1. Interdisciplinaridade e Multiprofissionalidade no Atendimento a Crianças com TEA.....**11**
2. Qualidade de Vida e Estresse em Cuidadores de Pessoas com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão de literatura no Brasil.**27**
3. Perspectivas da Equipe Fisioterapêutica no Contexto do TEA**46**
4. Fonoaudiologia no Transtorno do Espectro Autista....
.....**65**
5. Estilo Responsivo de Interação e Terapia Cognitivo Comportamental: um diálogo no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista.**85**

- 
6. A Importância dos Recursos Pedagógicos para a Intervenção no Processo de Aprendizagem do TEA na Perspectiva Psicopedagógica..... **104**
 7. A Terapia Ocupacional e o Atendimento com Crianças com Transtorno do Espectro Autista **123**
 8. Contribuições da Psicologia ao Atendimento do TEA **150**
 9. Transtorno do Espectro do Autista (TEA): a importância do enfermeiro na atenção e cuidados **165**
 10. Musicoterapia no TEA **179**





1. INTERDISCIPLINARIDADE E MULTIPROFISSIONALIDADE NO ATENDIMENTO A CRIANÇAS COM TEA

Ana Saskya Vaz de Araújo

Cristiane Sales Leitão

Lídia Andrade Lourinho

Maria do Socorro Tavares Timbó

INTRODUÇÃO

A presente construção teórica é redigida, a partir da necessidade de abordar questões relacionadas à importância e o impacto da intervenção multiprofissional e interdisciplinar em crianças com o Transtorno do Espectro Autista – TEA.

A Associação Americana de Psiquiatria (2013), afirma que o TEA se caracteriza como um transtorno do neurodesenvolvimento que abrange o transtorno autista (autismo), o Transtorno de Asperger, a Síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e o transtorno global do desenvolvimento.

No manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), o autismo encontra-se no grupo do Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD). É um transtorno global do desenvolvimento infantil que apresenta manifestações desde a primeira infância, antes mesmo dos três anos de idade e que se prolonga por toda vida, apresentando alterações qualitativas e quantitativas que nos afetam mais diversos graus a comunicação, a interação social e o comportamento (SCHWARTZMAN, 2003, 2011; SILVA, 2012; APA, 2013; DSM 5, 2013).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), existem, no mundo, cerca de 70 milhões de pessoas que apresentam o transtorno (DSM 5, 2013; SILVA, 2012).

Ainda sobre a prevalência, em março de 2020, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças – CDC publicou um documento que aponta que o número de pessoas com autismo aumentou. De acordo com o Centro, em 2004, o número apresentado era de que uma pessoa, em cada 166 tinham TEA, em 2012, esse número passou para uma em cada 88 pessoas e na publicação de 2018, esse número se encontrava em uma para cada 59 pessoas apresentavam o transtorno. Na publicação de 2020, a prevalência é de uma criança com autismo para cada 54 crianças, com oito anos de idade em 11 estados dos Estados Unidos da América (MAENNER, SHAW & BAIIO, 2020).

O TEA está inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como uma síndrome comportamental com diferentes etiologias, na qual o processo de desenvolvimento infantil encontra-se comprometido. Tais alterações são verificadas quando há atraso no desenvolvimento esperado para uma determinada idade ou etapa do desenvolvimento da criança (APA,

2014). Além dessas, existem outras características específicas nas crianças com autismo que devem ser consideradas, como o medo, os distúrbios de sono e de alimentação, fortalecendo também a questão da necessidade da identificação do retardo mental associado, que é bastante comum (CAMARGOS, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Portanto, a identificação precoce dos sinais e sintomas é primordial uma vez que, com mais antecedência e mais especialidades, o tratamento surtirá mais efeito e melhorias nos resultados em relação ao desenvolvimento cognitivo, das competências comunicativas e habilidades sociais (REICHOW, 2012).

Todos esses dados revelam a importância do estudo da temática e que é fundamental a produção de trabalhos que se relacionem com a identificação precoce, o diagnóstico efetivo e as intervenções necessárias, o olhar multiprofissional e com os saberes multidisciplinares para diminuir o impacto da problemática na qualidade de vida de crianças com TEA.

O ATENDIMENTO A CRIANÇAS COM TEA

O DSM, em sua quinta edição, introduziu o autismo no grupo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, os transtornos desse grupo apresentam seus primeiros sinais desde cedo, geralmente, antes dos três anos de vida, e são determinados por problemas no desenvolvimento que acarretam prejuízos nas seguintes dimensões: pessoal, social, acadêmico e profissional. “Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na

aprendizagem ou no controle de funções executivas, até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência”. (APA, 2013, p. 31).

As pesquisas científicas vêm discutindo sobre o autismo há bastante tempo, tanto que os conceitos sobre os problemas desse transtorno, ainda, se encontram fundamentados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5 (2014).

Os sistemas de classificação para o TEA empregados pelo Ministério da Saúde no Brasil são o manual da CID e o Manual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A CIF, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma classificação internacional planejada para ter aplicabilidade nas mais diversas perspectivas da saúde, por meio da padronização da linguagem, viabilizando a comunicação efetiva entre as disciplinas e os saberes (ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 1997).

Os cuidados demandados por uma criança com TEA, impacta na rotina diária da família/cuidadores, acarretando mudanças no dia a dia, afetando a questão financeira, as relações sociais e profissionais, os hábitos diários, o lazer e podem ser causadoras de estresses, podendo causar sobrecargas financeiras, físicas e mentais, influenciando na qualidade de vida de famílias e cuidadores (FAVERO, 2005; MARTINS et al., 2003; CADMAN et al., 2012; JONES et al., 2016).

Para dar conta de tantas demandas, faz-se necessário a existência uma rede de apoio e de dispositivos que possam auxiliar na diminuição dos gastos, na melhoria dos déficits e na atenção integral, possibilitando um cuidado qualificado ao sujeito com TEA.

Portanto, alguns autores apontam para a importância do suporte social a ser ofertado à família da criança com TEA, além de uma rede multiprofissional de intervenção clínica, demonstrando que o nível de estresse está associado ao familiar, na maioria das vezes, está ancorado na qualidade do suporte social e interventivo concedido (ZAIDMAN-ZAIT et al., 2016). Tanto que, os aspectos que impactam, de alguma forma, na atuação dos profissionais da saúde, sejam físicos, educacionais e familiares, são característicos de uma criança autista e precisam de intervenções e suportes contínuos e diversificados.

A performance profissional junto ao TEA, demanda não somente entender a existência das comorbidades, precisa identificar os aspectos sintomáticos e idiopáticos que exigem um olhar mais apurado, dada a maior complexidade do transtorno, principalmente nas questões de linguagem (comunicação) e comportamento (socialização). Para o profissional de saúde intervir junto à capacidade do autista em estabelecer relações, é preciso que ele entenda a ansiedade da família em relação à intervenção terapêutica que caminhe em direção a modificação dos comportamentos, melhorando a sintomatologia e auxiliando na qualidade de vida (BORBA et al., 2011; ANDRADE e TEODORO, 2012).

Porém, é preciso atentar para a existência de categorias grupais associadas ao autismo que divergem, tanto em relação aos transtornos que revelam inabilidade na relação com o outro, como os grupos que apresentam dificuldades com o toque e os que apresentam uma intensa ligação com os pais.

E ainda em relação às conjunturas ligadas às disfunções motoras, visto que, de acordo com alguns autores que discutem a

temática, cerca de 50% dos indivíduos com TEA apresentam dificuldades motoras, abrangendo a descoordenação na realização de atividades motoras finas, a ausência ou pouco jeito no padrão de marcha e uma limitada capacidade de equilíbrio (BHAT, LANDA e GALLOWAY, 2011; CASTELLI, DANTINO e BLASCOVI-ASSIS, 2016; TEIXEIRA, CARVALHO e VIEIRA, 2019). Entretanto, tais alterações motoras, geralmente, são identificadas antes das complicações relacionadas aos aspectos sociais e linguísticos.

De acordo com a APA (2013), para o diagnóstico de TEA se faz necessário à presença constante de déficits na comunicação e interação social (critério A); de padrões restritos e repetitivos de comportamento, nos interesses ou nas atividades (critério B). Enfatizando que os sintomas devem estar presentes antecipadamente no período do desenvolvimento (critério C); e devem ocasionar prejuízos que afetem significativamente o funcionamento social, profissional ou em outros contextos relevantes da vida do sujeito (critério D).

Toda essa discussão categorial dos critérios aconteceu, a partir da compreensão de que o TEA deve ser considerado inserido numa abordagem dimensional e, não somente, como uma análise diagnóstica específica. O uso de uma abordagem dimensional representa a percepção de que boa parte dos problemas psicopatológicos que surgem na infância e adolescência é revelada em um contínuo de frequência e intensidade (APA, 2013; RUTTER, 2011). Lembrando que, a nova classificação clínica para o TEA (DSM-5), substitui a antiga (DSM-IV).

Inserido nessa concepção, podemos afirmar que o neurodesenvolvimento em uma criança não acontece de forma contí-

nua e homogênea, já que decorre da interação entre vários fatores que estão relacionados ao crescimento neuronal das mais diversas áreas do cérebro, como também ao amadurecimento das redes neuronais por meio da mielinização das estruturas cerebrais, causando o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC). É a experiência com o mundo e o outro que impulsiona o desenvolvimento neuronal, a construção de redes neuronais, percorrendo diferentes potenciais de modificabilidade que se multiplicam no cérebro, potenciais estes, apoiados pelas experiências (GAZZANIGA, IVRY e MANGUN, 2006; MUSZKAT, 2006; CARVALHO, 2011; CONSENZA e GUERRA, 2011; ZABALZA, 2018).

Sendo assim, podemos afirmar que a existência da relação entre a aprendizagem e a comunicação, entre o organismo e o meio no qual a criança está inserida, pode acarretar modificações na estrutura física e funcional e nas conexões neuronais em concordância com as diversas mediações que o ambiente social e cultural proporciona.

Segundo os estudos sobre o desenvolvimento cerebral de Luria (1981), pressupõe-se que a neurofisiologia da pessoa com TEA apresenta algumas barreiras ao processamento cerebral. Deduzindo que existem modificações anatômicas pertinentes às manifestações dos sintomas de TEA na criança, supondo que há um processamento atípico que perpassa o neurodesenvolvimento típico, demonstrando que o autismo é um transtorno de neurodesenvolvimento com diversas apresentações clínicas que variam em graus de gravidade (MATTOS, 2019).

Apesar de não se saber verdadeiramente as causas do TEA, o pressuposto mais aceito no âmbito científico é o da origem or-

gânica, pertinente às perturbações no desenvolvimento do sistema nervoso. As mais diversas pesquisas sobre o tema analisam os prejuízos em regiões cerebrais que atuam nas bases neurais do transtorno (GARCIA, 2012; ANUNCIATO, 1995).

Portanto, a identificação, o diagnóstico e a intervenção quanto mais cedo acontecer, menor será o impacto na qualidade de vida dos indivíduos com TEA. Os indivíduos que apresentam características clínicas compatíveis com o TEA devem ser estimulados por uma equipe multiprofissional, para ter acesso aos benefícios no que se refere ao desenvolvimento da criança, como também a qualidade de vida dos pais, e a partir daí, minimizar a aceitação da família e adaptação do seu filho aos mais diferentes contextos.

A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL JUNTO AO TEA

A literatura nos aponta, que o diagnóstico precoce de atrasos no desenvolvimento, seguido de uma intervenção necessária, possibilita a diminuição das consequências e dos riscos que impactam no desenvolvimento da criança. A intervenção precoce deve acontecer em torno dos dois primeiros anos de vida, visto que há uma função maior da plasticidade neural, obtendo-se uma melhor resposta da criança aos estímulos ambientais e terapêuticos (PORCIUNCULA, 2016; PIRES e JOU, 2016; CARNIEL *et al.*, 2017; NASCIMETO *et al.*, 2018).

Existem condições que podem colocar a criança em situações de risco ou vulnerabilidade, como a ausência de um pré-na-

tal, o consumo de álcool e outras drogas durante a gravidez, parto prematuro, baixo peso ao nascer, presença de malformações e síndromes, desorganizações familiares, maus tratos durante a infância (físico, emocional e abuso sexual), baixa renda familiar, baixa escolaridade dos pais, pouca rede de apoio e precariedade dos serviços de saúde (PACHECO, 2013; RODRIGUES; BOLSONI-SILVA, 2011; GARCIA *et al.*, 2011).

Portanto, quanto maior for a quantidade dos fatores de risco e de vulnerabilidade presentes na vida de uma criança, maior será o impacto no seu desenvolvimento. Por essa razão, é importante destacar a relevância dos fatores de proteção que podem tanto transformar como reduzir o impacto do risco. Compreendem-se fatores de proteção “como processos dinâmicos nos quais a interação de diferentes fatores produz um fortalecimento do indivíduo”. (PACHECO, 2013, p. 39).

Desta forma, entende-se que as relações construídas entre a criança e seus familiares, a qualidade da estimulação e a correspondência existentes nas relações, proporcionam ambientes que operam como fatores de proteção e a Intervenção Precoce (IP), configuram-se como um desses fatores de proteção, visto que representa um conjunto de ações indispensáveis à promoção do desenvolvimento pleno de cada criança, com a intenção de atender, o mais breve possível, às suas necessidades (SAMEROFF, 2010).

A implementação das ações em IP deve levar em consideração o contexto em que a criança está inserida, identificar as suas necessidades e potencialidades, conhecer as necessidades familiares e sociais, para então, analisar e intervir, junto à família e em relação aos problemas de desenvolvimento (MENDES, 2010).

Apesar de apresentar condições que demanda de cuidados precoces, crianças com TEA requerem mais cuidados, principalmente, quando os seus contextos familiar e social não se encontram devidamente estruturados para oferecer oportunidades para o seu desenvolvimento. Os Programas de Intervenção Precoce, por meio de equipes de profissionais das mais diversas especialidades destinam-se a desenvolver, junto aos familiares, estratégias que possibilitem o fortalecimento da criança e da família diante dos desafios postos ao desenvolvimento infantil típico (IZIDORO *et al.*, 2019; HAZEL e BOLSANELO, 2019).

A partir da urgência de intervir precocemente e atender a todas as necessidades das crianças com TEA, por meio de uma equipe multiprofissional, compreende-se que a interdisciplinaridade, caracterizada pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real dos diferentes saberes no interior de um mesmo planejamento de intervenção, se mostra como uma possibilidade real de atendimento integral, para o melhor desenvolvimento de crianças com o transtorno.

O processo da saúde que aqui discutimos envolve, pois, muitos profissionais, o que é considerado nas formulações de políticas públicas do país e não pode ser ignorado por nenhuma das classes profissionais. O princípio da integralidade, um dos norteadores do SUS, está diretamente associado a conceito de equipe multiprofissional, uma vez que a atenção em saúde só pode ser concebida como integral se realizada com a contribuição de profissionais das mais diversas formações, com os mais variados conhecimentos e tendo as mais diferentes especialidades e expertises, para que o indivíduo seja atendido em sua totalidade (CAMPOS, 2003).

A interdisciplinaridade favorece um diálogo entre as disciplinas, uma articulação entre os saberes, uma ação conjunta entre práticas específicas, contudo, para que isso aconteça, é fundamental a competência numa área específica de atuação. Competência, no contexto da multidisciplinariedade tem de surgir do olhar dos profissionais, porque se não há uma suspeita, se não se senti falta de algo, da presença da não completude, não há motivos para existir trocas e conseqüentemente não vai haver um novo objeto de estudo (LEFF, 2000; AIUB, 2006; MORAES, 2008).

Isso posto, precisamos entender que, antes de se pensar na interdisciplinaridade que deve ser empregada na intervenção junto a crianças com TEA, o profissional tem que tê-la internalizado e estar aberto a perceber a presença da falta e se permitir buscar o que falta para completar o seu conhecimento ou resolver a sua dúvida.

Já se sabe da ansiedade das mães em relação a uma terapia que contribua e altere o comportamento de seus filhos, melhorando os sintomas e aumentando a qualidade de vida de ambos. Tudo isso depende de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que saiba trabalhar num coletivo que possibilite a troca de saberes e uma melhor compreensão das demandas de cada sujeito com TEA.

CONCLUSÃO

As pesquisas em saúde vêm acontecendo com o intento de atender as demandas do processo de globalização, identificando-se os ajustes necessários para alcançar as necessidades da integralidade e da não fragmentação dos saberes e das ações, tendo como cer-

ne as diferentes áreas do conhecimento e sua completude e complexidade, considerando a dinamicidade na qual estamos inseridos.

Na área da saúde, em especial, o desafio se põe nos campos de atuação com a constante busca de um olhar amplo que dê conta de enxergar o sujeito em todas as suas dimensões - bio, psico, social. Uma busca pelo atendimento integral do sujeito que permita uma compreensão individual e sistêmica dos sujeitos.

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são consideradas como a direção necessária para a redefinição e ressignificação das práticas, não só no âmbito da produção de conhecimento, mas também no contexto das intervenções terapêuticas como um todo.

Toda essa exigência urgente de transformação conceitual e pragmática, no Transtorno do Espectro Autista, não é diferente. O atendimento à pessoa com TEA, não pode ser concentrado apenas no par profissional-paciente. As abordagens, a partir da visão integral, consideram, além do paciente, a família, a escola e as demais redes de apoio e convivência que o paciente permeia. A escola, o sujeito, sua família, seus pares e relações, carecem de um olhar abrangente, para que a intervenção possa adquirir o caráter de efetividade e eficácia.

A verdadeira intervenção prática acontece na transdisciplinaridade que está associada à compreensão que o terapeuta que consegue ter alicerçada na amplitude do olhar para o sujeito, seu contexto e as diferentes áreas de atuação que estão dedicando-se em prol do desenvolvimento da pessoa com TEA.

REFERÊNCIAS

- AIUB, M. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, n. 1, p.107-116, 2006.
- ANDRADE, A. A.; TEODORO, M. L. M. Família e autismo: uma revisão da literatura. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 5, n. 2, p. 133-142, 2012.
- ANNUNCIATO, N. F. Estruturas nervosas comprometidas no autismo: um enfoque neurogenético. **Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 38-52, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM**. 5. ed. Washington D/C, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 992.
- BHAT, A. N.; LANDA, R. J.; GALLOWAY, J. C. *Current perspectives on motor functioning in infants, children, and adults with autism spectrum disorders*. **Phys. Ther.**, [S.l.], v. 91, p. 1116-1129, 2011.
- BORBA, L. O. *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

CAMPOS, R.O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. in: CAMPOS, G.W.S (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec Editora, 2003. p. 122-149.

CARVALHO, F. A. H. de. Neurociência e Educação: uma articulação necessária na formação docente. **Revista Debate Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 537-550, nov. 2010/fev. 2011.

CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS - CDC. **Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years** — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites. Geórgia, 2016.

COSENZA, R. M.; GUERRA, L. B. **Neurociência e Educação: como o cérebro aprende**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GARCIA, P. M. Principais causas neurológicas do autismo. In: Seminário de Pesquisa em Artes da Faculdade de Artes do Paraná. 7., 2012, Curitiba. **Anais eletrônicos / 7º Seminário de Pesquisa em Artes da Faculdade de Artes do Paraná**, 7 a 9 de junho de 2012. Curitiba : Faculdade de Artes do Paraná, 2012. p. 256-9.

GAZZANIGA, M.; IVRY, R.; MANGUN, G. **Neurociência cognitiva: a biologia da mente**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HANSEL, A. F.; BOLSANELLO, M. A. As abordagens explicativas do desenvolvimento aplicadas à estimulação precoce. In: ANPED SUL, Seminário de Pesquisa em

Educação da Região Sul. 9., 2012. **Anais do Seminário.** Caxias do Sul. 2012. p. 1-9, Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/2632/675>. Acesso em: 13 abr. 2022.

IZIDORO, I. R. *et al.* Serviços especializados em intervenção precoce: elegibilidade e atuação multiprofissional. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2019.

LEFF, E. Complexidade, interdisciplinaridade e saber ambiental. In: PHILIPPI JR., A. (Org.) **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais**. São Paulo: Signus, 2000.

MAENNER, M. J. *et al.* *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2016. Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, Washington, v. 69, n. 4, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm> Acesso em: 30 abr. 2022.

MATTOS, J. C. Alterações sensoriais no Transtorno do Espectro Autista (TEA): implicações no desenvolvimento e na aprendizagem. **Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia**, São Paulo, v. 36, n. 109, p. 87-95, 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862019000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 24 abr. 2022.

MORAES, R. Cotidiano no ensino de Química: superações necessárias. In: GALIAZZI, M. *et al.* (Orgs.). **Aprender em rede na educação em ciências**. Ijuí: UNIJUÍ, 2008.

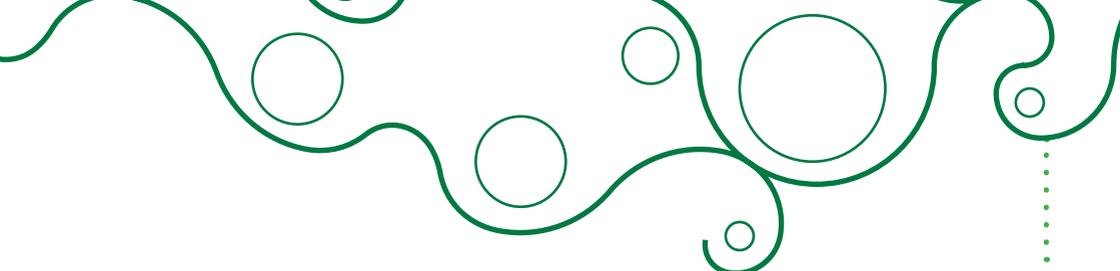
NASCIMENTO, Y. C. M. L. *et al.* Transtorno do espectro autista: Detecção precoce pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, 2018. DOI: 10.18471/rbe.v32.25425. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25425>. Acesso em: 20 maio. 2022.

PIRES, S. M. O.; JOU, G. I. Identificação precoce do transtorno do espectro autista e diagnóstico diferencial: Estudo de caso. In: ROTTA, N. T.; BRIDI FILHO, C. A.; BRIDI, F. S. (Orgs.). **Neurologia e aprendizagem: Abordagem multidisciplinar**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 55- 75.

PORCIUNCULA, R. A. L. Investigação precoce do transtorno do espectro autista: Sinais que alertam para a intervenção. In: ROTTA, N. T.; BRIDI FILHO, C. A.; BRIDI, F. S. (Orgs.). **Neurologia e aprendizagem: Abordagem multidisciplinar**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 29-54.

SAMEROFF, A. J. *A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture*. **Child Development**, v. 81, n. 1, 2010

ZABALZA, M. A. *Neurociencias y educación infantil*. **Revista Latinoamericana de Educación Infantil**, [S.l], v. 7, n. 1, p. 9-14. 2018. Disponível em: <http://www.usc.es/revistas/index.php/reladei/index>. Acesso em: 15 abr. 2022.



2. QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE EM CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: uma revisão de literatura no Brasil.

Thamisa Mara Vasconcelos Nogueira

INTRODUÇÃO

O Autismo é um transtorno de desenvolvimento que envolve atrasos e comprometimentos em diversos âmbitos, destacando-se as áreas da interação social e linguagem. A palavra Autismo foi utilizada pela primeira vez, em 1911, pelo médico Eugen Bleuler para escrever estados de perda de contato com a realidade e com dificuldade de comunicação, percebidos em adultos diagnosticados com quadro de esquizofrenia (AJURIAGUERRA, 1977). Posteriormente, na década de 1940, Leo Kanner e Hans Asperger publicaram estudos abordando características similares de um quadro de isolamento social, movimentos repetitivos, ecolalia e habilidades cognitivas irregulares em crianças, atribuindo tais observações a um quadro específico e relacionado ao termo autismo (ASSUMPÇÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2018). A partir

da divulgação dessas publicações, o conceito de autismo teve alterações à medida que foi sendo objeto de estudo de pesquisadores.

O mais recente Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-V) apresentou mudanças quanto à classificação anterior referente à condição do Autismo, compondo numa mesma categoria, chamada Transtorno do Espectro Autista (TEA), os seguintes transtornos de desenvolvimento: autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett. De acordo com o referido manual, os critérios para diagnóstico do TEA, incluem: déficit na comunicação verbal e não verbal; dificuldade em iniciar e manter interação social; comportamentos repetitivos e rigidez comportamental. Tal diagnóstico é realizado por meio de observações clínicas baseadas nos critérios diagnósticos referidos pelo manual.

Sabe-se, que a identificação desses sinais precocemente é essencial para dar início ao tratamento de intervenção precoce, que tem sido apontado como uma conduta de tratamento favorável a possibilitar melhor qualidade de vida à criança e à família (FRANCO, 2007).

Uma das estratégias de atuação do profissional de Psicologia no contexto da área da Saúde e Reabilitação é o suporte à família do paciente, por meio de escuta ativa e orientações parentais, embora o serviço seja prioritariamente dirigido à pessoa com deficiência nos espaços de prestação de serviços terapêuticos. Tratando-se de famílias que convivem com pessoas com alguma deficiência, o contexto de enfrentamento de circunstâncias estressantes e ansiogênicas mostram-se frequente.

Nesse sentido, hipotetiza-se que tais contextos se apresentam como fatores de risco à saúde mental e à qualidade de vida, podendo ser favoráveis ao desenvolvimento de sofrimento psíquico. A demanda de cuidados que uma criança com TEA necessita e as mudanças na rotina dos familiares, tais como: hábitos, gastos financeiros, relações sociais e profissionais, podem ser percebidas como um evento estressor para os membros da família, cuidadores e pessoas mais próximas, podendo acarretar em uma sobrecarga física e mental (BOSA, 2001; FAVERO, 2005; MARTINS *et al.*, 2003).

Segundo Koegel e Cols. (1996), famílias que possuem crianças com o transtorno do espectro autista, apresentam um elevado nível de preocupação em relação ao bem-estar de seus filhos, principalmente, quando não puderem mais suprir suas necessidades.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a qualidade de vida (QV), é a compreensão do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e de sistemas de valores no qual vive e em relação às suas metas, expectativas, valores e preocupações. Fala-se da importância do suporte social a ser oferecido à família da criança com TEA, indicando que o nível de estresse está relacionado à qualidade do suporte social disponibilizado aos envolvidos (ZAIDMAN-ZAIT *et al.*, 2016).

Objetiva-se identificar a necessidade de se investir em serviços integrais de atenção ao cuidador no Brasil, prevenindo ou minimizando os efeitos danosos à qualidade de vida dessas pessoas, como também detectar a necessidade de um serviço de suporte psicológico aos cuidadores; conhecer o perfil dos cuidadores e contextos sociais que demandam maior necessidade de

cuidado integral; indicar possíveis fatores que podem interferir no estresse e qualidade de vida dos cuidadores.

Enfim, a pesquisa a ser empreendida busca, então, abordar a qualidade de vida e estresse de cuidadores de pessoas com Transtorno do Espectro Autista.

METODOLOGIA

O presente estudo compreende-se como pesquisa exploratória de caráter descritivo. Trata-se de revisão da literatura sobre o estresse e a qualidade de vida de cuidadores e/ou familiares de indivíduos com TEA. Os critérios de inclusão para seleção dos artigos via leitura de títulos e resumos, foram: assuntos relacionados à convivência familiar com pessoas com diagnóstico de TEA; artigos produzidos nos últimos cinco anos; pesquisas realizadas com base na população brasileira; e, artigos com acesso livre. Quando a leitura do título e resumo não foi suficiente para determinar sua inclusão, procedeu-se à leitura do artigo completo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre novembro e dezembro de 2019, nas bases de dados do Periódico CAPES. Na primeira etapa de busca foram considerados os seguintes descritores no formato de busca avançada: “cuidadores de autistas” e “qualidade de vida” (três artigos); “cuidadores de autistas” e “estresse” (seis artigos); “autismo” e “estresse” (41 artigos); “autismo” e “qualidade de vida” (94 artigos). Totalizaram-se 144 estudos nesta primeira fase.

O método de análise de dados na segunda etapa envolveu a leitura dos resumos de todos os artigos encontrados. Os artigos que não apresentaram as variáveis definidas para este estudo, ou que estavam duplicados foram excluídos (134 artigos). O critério de exclusão seguiu os estudos que abordam estresse e qualidade de vida em cuidadores de pessoas com outros tipos de transtornos do desenvolvimento. Na terceira e última etapa, os artigos que contemplaram os critérios estabelecidos, foram lidos e analisados, integralmente, para a produção da presente pesquisa. Nessa última etapa, dois artigos foram descartados, restando o total de oito artigos relevantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Totalizaram-se 144 artigos na plataforma CAPES a partir dos descritores: “cuidadores de autistas” e “qualidade de vida”; “cuidadores de autistas” e “estresse”; “autismo” e “estresse”; “autismo” e “qualidade de vida”. Após os títulos e resumos serem lidos, alguns estudos estava duplicado e apenas oito foram considerados para análise integral, por contemplarem totalmente os objetivos da pesquisa. O quadro a seguir faz uma síntese dos artigos selecionados para esta pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese dos Artigos analisados

Autor/Data	Título	Objetivo do estudo	Método	Resultado/conclusão
MIELE, F. G., AMATO, C. A. H. 2017	Transtorno do Espectro Autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e /ou familiares: revisão de literatura	Analisar artigos relacionados ao estresse e qualidade de vida de familiares e/ou cuidadores de crianças com TEA.	Estudo exploratório, descritivo. Pesquisa nas bases de dados: SCIELO e PUBMED	Encontrados 17 estudos. Destacou-se a importância do acompanhamento de pais e cuidadores de crianças com TEA, indicando possíveis fatores que podem interferir no estresse e qualidade de vida destes.
SEGEREN, L., FERNANDES, F. D. M. 2016	Correlação entre a oralidade de crianças com distúrbios do espectro do autismo e o nível de estresse de seus pais	Investigar o nível de estresse de pais de crianças com autismo, verificando sua associação com a ausência de oralidade na comunicação de seus filhos.	Participaram 175 pais de crianças, que foram divididos em três grupos (pais de crianças com TEA com e sem comunicação verbal e pais de crianças sem queixas no desenvolvimento). Aplicação de questionário de nível de estresse.	Indicou que a maioria dos pais dos três grupos apresentou médio nível de estresse. Não houve diferença significativa entre os pais de crianças com autismo, com e sem comunicação verbal. Comparados aos pais do grupo controle, foi verificada diferença significativa.

Autor/Data	Título	Objetivo do estudo	Método	Resultado/conclusão
CARVALHO Filha, F. S. S., Silva, H. M. C., CASTRO, R. P., MORAES-FILHO, I.M., NASCIMENTO, F.L.S.C. 2018	Coping e Estresse Familiar e Enfrentamento na Perspetiva do Transtorno do Espectro do Autismo.	Analisar o cotidiano de pais/cuidadores e pessoas que estão no Espectro do Autismo.	Pesquisa qualitativa exploratória, do tipo estudo de caso. Realizada entrevista a 32 pais/cuidadores de pessoas que vivem no transtorno do espectro autista.	Notou-se que as áreas mais afetadas no cotidiano dos cuidadores foram o lazer e o trabalho.
FARO, K. C. A., SANTOS, R. B., BOSA, C. A., WAGNER, A., SILVA, S. S. C. 2019	Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar.	Comparar dois grupos de mães de crianças com autismo (com e sem estresse), quanto à: (a) sobrecarga de cuidado; (b) autonomia da criança; e (c) percepção de suporte familiar.	Pesquisa quantitativa e descritiva, da qual participaram 30 mulheres, mães de crianças com autismo da cidade de Belém-PA. Instrumentos utilizados: Inventário Biosociodemográfico, Inventário de Sintoma de Stress de Lipp, Escala de Sobrecarga de Zarit, Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade e Inventário de Percepção de Suporte Familiar.	Os resultados revelaram que, mães com estresse tiveram quase o dobro de percepção de sobrecarga, enquanto o outro grupo percebeu maior suporte familiar, principalmente, nos aspectos de afetividade e autonomia em relação aos familiares, como expressão e comunicação de afetos e respeito pela sua liberdade e tomadas de decisões.

Autor/Data	Título	Objetivo do estudo	Método	Resultado/conclusão
GOMES, P. T. M., LIMA, L. H. L., BUENO, M. K. G., ARAÚJO, L. A., SOUZA, N. M. 2014	Autism in Brazil: a systematic review offamily Challenges and coping strategies.	Descrever os desafios encontrados pelas famílias na convivência com crianças portadoras de transtorno do espectro autista (TEA) no Brasil e as estratégias de superação empregadas.	Revisão sistemática da literatura com inclusão de artigos publicados até setembro de 2013, sem restrições de idioma. Os artigos incluídos foram submetidos à avaliação de qualidade metodológica por meio do Amstar e Casp/Oxford.	Analisados 10 artigos. Encontrados estudos provenientes de São Paulo e Rio Grande do Sul com alta e moderada qualidade metodológica. A literatura mostra sobrecarga emocional dos pais como um dos principais desafios encontrados pelas famílias, inclusive com grande tensão sobre as mães. Dentre os fatores relacionados ao estresse estão: postergação diagnóstica, dificuldade de lidar com o diagnóstico e com os sintomas associados, acesso precário ao serviço de saúde e apoio social.

Autor/Data	Título	Objetivo do estudo	Método	Resultado/conclusão
MISQUIATTI, A. R. N., BRITO, M. C., FERREIRA, F. T. S., JÚNIOR, F. B. A. 2015	Sobrecarga Familiar e Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: perspectiva dos cuidadores.	Avaliar a sobrecarga de familiares cuidadores de crianças com transtornos do espectro do autismo, segundo a percepção dos próprios cuidadores.	Participaram 20 sujeitos, sendo dez familiares de crianças com TEA e para compor o grupo controle dez familiares de crianças com transtornos de linguagem. Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores foi utilizada a Escala BurdenInterview e dados sociodemográficos dos participantes.	Não foi observada diferença estaticamente significativa e indicou que os grupos estavam moderadamente sobrecarregados.

Autor/Data	Título	Objetivo do estudo	Método	Resultado/conclusão
MOXOTÓ, M. F. A. & MALAGRIS, L. E. N. 2015	Avaliação de Treino de Controle do Stress para Mães de Crianças com Transtornos do Espectro Autista	Investigar a eficácia de uma adaptação do TCS para mães de crianças com TEA (TCS-MTEA) na redução do estresse desta população.	Participaram 20 mães de crianças com TEA. Aplicado um roteiro de entrevista para mães de crianças com transtornos do espectro autista e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).	Ao final da intervenção, das dez participantes estressadas inicialmente da amostra experimental, sete estavam sem stress (70%) e as outras três apresentaram redução do nível de stress (30%), enquanto, as dez da amostra controle (100%) continuavam estressadas. Conclui-se que o TCS-MTEA foi eficaz na redução do stress das participantes da AE.
HAMER, B. L., MANENTE, M. V., CAPELLINI, V. L. M. F. 2014	Autismo e família: revisão bibliográfica em bases de dados nacionais	Revisar a literatura relacionada ao autismo e família.	Pesquisa feita nas seguintes bases de dados nacionais: Banco de Teses e Dissertações da Capes e ScientificElectronic Library Online, sem delimitação de período específico, bem como identificar as principais temáticas focadas.	Foram localizados 29 estudos no Banco de Teses e Dissertações da Capes, sendo o primeiro registro em 1990 e 12 na ScientificElectronic Library Online, sendo a primeira publicação de 2001. Os resultados foram agrupados em sete categorias. As categorias "Qualidade de vida" e "Relações familiares".

Fonte: Autoria própria.

Analisaram-se oito artigos publicados em português e inglês: um estudo de abordagem qualitativa do tipo experimental; uma revisão sistemática; duas revisões não sistemáticas; quatro estudos quanti-qualitativos. Apesar de alguns destes estudos apresentarem-se como estudos quantitativos (2), estes foram considerados como quanti-qualitativos, pelo rigor metodológico aplicado após leitura completa dos trabalhos.

Os artigos contam com a participação de pais, mães e outros cuidadores (irmã; avó) de pessoa com TEA. Dos cinco estudos qualitativos e quanti-qualitativos incluídos, dois usaram uma série de 20 casos como amostra, dois utilizaram 30 a 32 casos e um usou mais de 100 participantes. Dos oito artigos incluídos, 80% foram produzidos na região Sudeste, quatro em São Paulo, um no Rio de Janeiro e um em Minas Gerais. Os demais estudos (2) foram realizados no Maranhão e no Pará.

De modo geral, o resultado sugeriu estudos incipientes sobre uma temática tão pertinente e crescente na sociedade, o que sinaliza a necessidade iminente de realizar mais pesquisas acerca da qualidade de vida em cuidadores e família de pessoas com TEA no Brasil.

A literatura mostra sobrecarga emocional dos pais como um dos principais desafios encontrados pelas famílias, inclusive, com grande tensão sobre as mães. Nesse sentido, a pesquisa de Moxotó e Malagris (2015), apresentou como objetivo de estudo, investigar a eficácia de uma adaptação do Treino de Controle do *stress* (TCS), para mães de crianças com TEA (TCS-MTEA), na redução do estresse desta população. Obtiveram um resultado satisfatório numa amostra de 10 mães que estavam no grupo que tiveram o treino interventivo comparado ao grupo controle.

Sobre as pesquisas de revisão de literatura, constatou-se de modo unânime a importância de disponibilizar suporte psicossocial para cuidadores de pessoas com TEA. Uma variável frequentemente relatada como atenuante do estresse e da sobrecarga é o suporte social, e de modo mais específico o suporte familiar. Esse é definido pela percepção do indivíduo sobre a disponibilidade e o apoio de sua família, considerado essencial para um bom desenvolvimento do indivíduo (BAPTISTA, 2009).

Miele e Amato (2017) encontraram 17 estudos em sua revisão bibliográfica, sendo apenas três referentes a pesquisas nacionais. Os resultados encontrados apresentaram estudos com o objetivo de desenvolver ou adaptar novos instrumentos de pesquisa e mensuração voltados à qualidade de vida, estresse e sobrecarga.

Em pesquisa de literatura produzida no Brasil, Gomes *et al.*, (2014), fez análise de 10 estudos, os quais revelaram que a sobrecarga emocional é um desafio aos cuidadores e que dentre os fatores relacionados ao estresse, estão: postergação diagnóstica, dificuldade de lidar com o diagnóstico e com os sintomas associados, acesso precário ao serviço de saúde e apoio social.

Hamer, B. L., Manente, M. V., Capellini, V. L. M. F. (2014), propuseram-se a revisar a literatura relacionada ao autismo e família, em duas bases de dados nacionais sem delimitação de período específico, sendo totalizados 41 estudos. Os resultados foram agrupados em categorias. A maioria das publicações abordam as categorias de, “qualidade de vida”, “relações familiares” e “revisão bibliográfica”.

Quanto aos instrumentos de coleta de dados, os recursos utilizados nas pesquisas quanti-qualitativas, foram: Inventário de Sinto-

mas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL); escala Burden Interview; escala de sobrecarga de Zarit; Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade; Inventário de Percepção de Suporte Familiar.

Segeren e Fernandes (2016) propuseram-se a avaliar o nível de estresse de 175 pais de crianças, comparando os dados entre os pais de crianças com e sem oralidade (com diagnóstico de TEA) e grupo controle (crianças sem diagnóstico e sem queixa relativa ao desenvolvimento). O questionário de avaliação de nível de estresse foi criado pelos próprios autores, e apontou que o nível de estresse de pais de crianças com autismo não é influenciado pela ausência de oralidade na comunicação de seus filhos, já que ambos apresentaram níveis equiparados de estresse.

Em confluência com o referido estudo, Misquiati *et al.*, (2015), não observaram diferença estaticamente significativa entre os dois grupos (10 cuidadores de crianças com TEA e 10 cuidadores de crianças com dificuldade de linguagem), indicando que ambos estavam moderadamente sobrecarregados

Um dado recorrente nos estudos em destaque é a sobrecarga emocional materna nos cuidados de pessoas com TEA, o que vai ao encontro com a literatura ampla, com maior frequência e intensidade, no que se refere a mães de crianças com autismo serem amplamente identificadas como quem mais sofre física e mentalmente diante do cuidado intensivo (GARCÍA-LOPEZ, SARRIÁ, & POZO, 2016).

Em estudo qualitativo e exploratório, Carvalho *et al.*, (2018) expuseram que as áreas mais afetadas no cotidiano dos cuidadores foram o lazer e o trabalho e que os maiores entraves enfrentados, foram as dificuldades em relação à comunicação e à alimentação.

Kiami e Goodgold (2017), estudando sobre estresse materno, estratégias de enfrentamento e as necessidades de suporte numa amostra de 70 mães de crianças com TEA, indicaram que conforme aumentava as necessidades de suporte, que não eram atendidas, os índices de estresse materno também aumentavam. Necessidades como: suporte financeiro, divisão de responsabilidades, ter ajuda no cuidado do filho, passar mais tempo sozinha com o cônjuge, ter tempo para cuidar de suas próprias necessidades de saúde, entre outras.

Considera-se, ainda, que há uma influência mútua dos membros da família, portanto, eventos estressantes, condições ambientais e problemas de um membro (como aspectos socioemocionais e psicopatologias) afetam toda a família como uma unidade funcional, com reverberações para todos os membros e suas relações (WALSH, 2016).

Apesar desses achados na literatura geral, dois dos referidos estudos, pesquisa com amostra de mães de crianças com TEA e grupo controle, não evidenciou dados significativos quanto à avaliação de estresse materno entre os dois grupos. As hipóteses referidas por este estudo foram: de que a amostra teve pouca variação entre grupos nas variáveis relacionadas a autonomia e que o instrumento não tenha sido eficaz em avaliar as características do desempenho funcional em autocuidado, mobilidade e função social na amostra específica de crianças com TEA (FARO *et al.*, 2019). Válido ressaltar, ainda, que nestes estudos o grupo controle era composto por cuidadores de pessoas que apresentavam algum nível de déficit de linguagem.

Os autores desta pesquisa coadunam que, conhecer a dinâmica e a percepção de uma família com um membro autista,

favorecem na disponibilização de recursos de enfrentamento de como solicitar o auxílio da rede de apoio disponível.

CONCLUSÃO

Os artigos encontrados são estudos, com o objetivo de explorar a literatura existente acerca da qualidade de vida e estresse de cuidadores de pessoas com TEA ou com o objetivo de apresentar dados quantitativos e/ou qualitativos comparativos entre cuidadores e não cuidadores do público em questão.

Os resultados apontaram à escassez de trabalhos, no Brasil, que retratem intervenções integradas para cuidadores de pessoas com TEA, o que favorece o isolamento social, a vulnerabilização ao sofrimento, o desenvolvimento de transtornos mentais e a manutenção do estresse crônico, sobretudo, afetando a figura materna, segundo os dados levantados.

Esses apontamentos corroboram com a importância do estabelecimento de redes de apoio sociais e psicológicas, que ofereçam aos principais cuidadores um suporte necessário para o enfrentamento e desenvolvimento de estratégias, visando uma melhor adaptação, qualidade de vida e redução do estresse.

Uma sugestão para próximos estudos seria incluir a literatura internacional acerca do aludido tema, objetivando dimensionar e comparar a produção científica, bem como atestar se há correlação entre a disponibilização de recursos de enfrentamento aos familiares de pessoas com TEA e avaliação do fator de estresse e da qualidade de vida dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Barcelona: Toray-Masson, 1977.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYSKI, E. Autismo: conceito e diagnóstico. In: SELLA, A. C.; RIBEIRO, D. M. **Análise do comportamento aplicada ao Transtorno do Espectro Autista**. Curitiba: Appris, 2018. cap. 1, p. 19.

BAPTISTA, M. B. **Inventário de percepção de suporte familiar**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2009.

BOSA, C.A. **As relações entre o autismo, comportamento social e função executiva**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2001.

CARVALHO-FILHA, F. S. *et al.* Coping e estresse familiar e enfrentamento na perspectiva do transtorno do espectro do autismo. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, [S.l.], vol. 7, n. 1, p. 23-30, 2018.

DILLENBURGER, K., *et al.* *Living with children diagnosed with autistic spectrum disorder: parental and professional views*. **British Journal of Special Education, Belfast**, vol. 37, n. 1, p. 13 -23, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1467-8578.2010.00455.x>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

FARO, K. C. A. *et al.* Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. **Psico**, [S. l.] v. 50, n. 2, p. e30080, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.30080>>. Acesso em: 20 mai. 2022.

FÁVERO, M. A. B.; SANTOS, M. A. Autismo e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 358-369, 2005.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. **Interação em Psicologia**. Curitiba, vol. 11, n. 1, p. 113-121, 2007.

GARCÍA-LOPEZ, C.; SARRIÁ, E.; POZO, P. *Multilevel approach to gender differences in adaptation in father-mother dyads parenting individuals with Autism Spectrum Disorder*. **Research in Autism Spectrum Disorders**, [S.l.], vol. 28, p. 7-16, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.04.003>>. Acesso em: 20 mai 2022.

GOMES, P. T. M. *et al.* *Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies*. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 111-121, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.08.009>>. Acesso em: 15 mai. 2022.

HAMER, B. L.; MANENTE, M. V.; CAPELLINI, V. L. M. F. Autismo e família: revisão bibliográfica em bases de dados nacionais. **Revista de Psicopedagogia**, Bauru, v. 95, n. 31, p. 169-77, 2014.

KIAMI, S. R.; GOODGOLD, S. *Support needs and coping strategies as predictors of stress level among mothers of children with autism spectrum disorder*. **Autism Research and Treatment**, v. 2017, ID 8685950, p. 1-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/8685950>. Acesso em: 21 mai. 2022.

KOEGEL, R. L., BIMBELA, A. & SCHREIBMAN, L. *Collateral effects of parent training on family interactions*. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, vol. 26, p. 347-359, 1996.

MARTINS, A. PREUSSLER, C.; ZAVASCHI, M.L. A psiquiatria da infância e da adolescência e o autismo. In: Baptista, C. R.; BOSA, C. A. (Orgs.). **Autismo e educação: Reflexões e propostas de intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 41-49.

MIELE, F. G.; AMATO, C. A. L. H. *Autism Spectrum Disorder: quality of life and caregivers stress: literature review*. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 89-102, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1809-4139.20160010>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MISQUIATTI, A. R. N.; BRITO, M. C.; FERREIRA, F. T. S.; ASSUMPCÃO JÚNIOR, F. B. Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 192-200, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100192&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 mai. 2020

MOXOTÓ, G. F. A.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação de treino de controle do stress para mães de crianças com Transtornos do Espectro Autista. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 772-779, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528415>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SEGEREN, L.; FERNANDES, F. D. M. Correlação entre a oralidade de crianças com distúrbios do espectro do

autismo e o nível de estresse de seus pais. *Audiology - Communication Research*, São Paulo, v. 21, n. 0, p. 0-0, abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312016000100302&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 mai. 2020.

WALSH, F. Visões clínicas de normalidade, saúde e disfunção familiar. In WALSH, F., **Processos normativos da família: Diversidade e complexidade**. Tradução: Mallmann, S. M.; Mosmann, C. P.; Wagner, A. Porto Alegre: Artmed, p. 28-54, 2016.

ZAIDMAN-ZAIT, A. *et al. Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder*, *Autism*, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27091948>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

3. PERSPECTIVAS DA EQUIPE FISIOTERAPÊUTICA NO CONTEXTO DO TEA

Daisy Gomes de Sousa Perez

Ingrid Melo Meireles Pinto

Leny Mara Guedes Monteiro Peixoto

Juliete Vaz Ferreira

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, diagnosticado por meio de observação dos comportamentos da criança, entrevista com os responsáveis e uso de instrumentos para avaliação (SEIZE; BORSA, 2017). As crianças com autismo podem apresentar restrição da comunicação oral, e da sociabilidade, impactando outras áreas como a cognitiva, social, o brincar e a educacional (GUERRA; VERDU, 2016).

Para o tratamento adequado do TEA é necessária uma equipe multiprofissional que irá traçar, a partir da necessidade e do perfil individual da criança, métodos necessários para realizar a estimulação precoce (SILVA *et al.*, 2009; GOMES; PAIVA, 2017).

Nesse contexto, a equipe multidisciplinar é indispensável para a evolução dessas crianças, uma vez que necessitam ser estimuladas por ações que aumentem seus recursos relacionais, cognitivos e afetivos, potencializando as habilidades de comunicação da criança por meio da diminuição dos sintomas e do apoio à evolução e aprendizado (INOUI; BREHM, 2017).

Além da comunicação e da interação social, o TEA compromete outras áreas como o desenvolvimento motor, o que reforça a necessidade da intervenção fisioterapêutica, que atua através da neuroplasticidade e psicomotricidade, melhorando a interação somático-afetiva e motora-mental, a integridade global, influenciando de forma positiva em seu desenvolvimento e na qualidade de vida (CAZORLA; CORNELLÁ, 2014). Além disso, a fisioterapia se destaca pelas técnicas de aproximação direta do paciente e estimulação à independência de forma lúdica (SOARES; BRAGA, 2014).

Diante disso, este capítulo tem como objetivo abordar a atuação da fisioterapia no TEA dentro da perspectiva de uma equipe multiprofissional.

DESENVOLVIMENTO MOTOR

O desenvolvimento neuropsicomotor está relacionado à maturação do Sistema Nervoso Central, abrangendo quatro áreas: motor grosso, motor fino, social e linguístico, entretanto, o surgimento destas grandes áreas acontece de forma sequenciada, favorecendo o desenvolvimento mais simples ao mais complexo (COELHO *et al.*, 2016).

O desenvolvimento normal é definido pela maturidade progressiva do controle postural, que acontece pela integração dos reflexos primitivos, por volta dos 4 a 6 meses de vida, como o reflexo tônico cervical assimétrico (RTCA); reflexo de moro; reflexos plantares; reflexo de galant; e, pela indução das reações de retificação e equilíbrio (SCHWARTZMAN, 2007). Dessa forma, estes reflexos primitivos estarão presentes durante os primeiros seis meses de vida e serão gradativamente inibidos, à proporção que as reações de endireitamento e de equilíbrio forem surgindo (SCHWARTZMAN, 2007).

Nos primeiros meses de vida, o desenvolvimento de habilidades motoras ocorre de forma mais rápida, devido à receptividade da criança aos estímulos recebidos (LOPES *et al.*, 2020). Nesse período que os primeiros marcos motores surge, em sequência progressiva e dependentes, de forma que uma habilidade conquistada é fundamental para a conquista da próxima (HAYWOOD; GETCHELL, 2016).

Além disso, a aprendizagem motora está relacionada a determinantes genéticos e biológicos, além do estímulo ambiental que pode favorecer ou dificultar o processo de evolução, porém o mesmo não é um fator determinante (HAYWOOD; GETCHELL, 2016).

Em relação aos marcos motores, no primeiro trimestre de vida o bebê deve atingir controle de cabeça; entre o segundo e o terceiro trimestre consegue rolar e sentar sem apoio dos braços; já no quarto trimestre engatinha e consegue se puxar para ficar em pé e, posteriormente, iniciar marcha livre (LOPES *et al.*, 2020).

No segundo ano de vida, as crianças já apresentam controle postural básico que permite caminhar e explorar objetos de

diversas formas, porém possuem dificuldades com movimentos automáticos e rápidos, necessitando de auxílio para realizar atividades motoras grossas e finas (RABELO, 2020).

Dessa forma, nos primeiros anos de vida há aquisição de diversas habilidades motoras, permitindo à criança autonomia e controle em diferentes posturas e locomoção de formas variadas, como correr e pular, além da manipulação de objetos, sendo habilidades necessárias nas atividades cotidianas e também utilizadas para atividades lúdicas durante o brincar (RABELO, 2020).

HABILIDADE MOTORA

As habilidades motoras fundamentais são essenciais para o desenvolvimento motor, são compostas por habilidades de locomoção (correr, saltar, rolar), de estabilidade (equilibrar-se sobre uma perna ou sobre uma barra de equilíbrio) e de manipulação (arremessar, chutar, pegar) (RUDD *et al.*, 2015). Sendo a habilidade motora fundamental a base para o domínio de movimentos complexos (EATHER *et al.*, 2018).

A interação do indivíduo com o meio é de grande importância para o aperfeiçoamento das habilidades motoras, especificamente, é na infância que o ser humano começa o aprimoramento de suas habilidades motoras básicas, possibilitando um domínio de seu corpo com diferentes atividades, sendo essencial a compreensão do comportamento motor de uma criança, quando se pretende intervir com o mesmo (SOARES *et al.*, 2015).

O desenvolvimento psicomotor mostra relações claras com o desenvolvimento da comunicação, exploração de objetos e interações sociais. Manter uma boa postura permite às crianças que sentem e manipulem objetos com os quais estão familiarizados de novas maneiras; facilitando a exploração do meio ambiente, descobrindo novos objetos e situações, ajudando na comunicação. São experiências que fornecem às crianças oportunidades de interação, estabilidade fisiológica, referência social e atributos contextuais, influenciando no desenvolvimento social e cognitivo.

O transtorno do espectro autista é caracterizado por uma série de deficiências baseadas no neurodesenvolvimento, podendo ter prejuízos nos domínios cognitivo-comportamental e perceptuomotor, bem como equilíbrio estático e dinâmico. Quando as crianças com TEA manifestam esses atrasos nas habilidades motoras fundamentais, também apresentam comorbidades como distúrbio de coordenação do desenvolvimento, tornando as crianças propensas a doenças crônicas (CLARE *et al.*, 2018). Além disso, afetando no desenvolvimento de habilidades de comunicação social e interação social, por diminuir a chance da participação em atividades físicas e esportivas (NAJAFABADI *et al.*, 2018).

ATRASOS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR NO TEA

Para além das discussões sobre as causas do autismo, identificam-se modificações do Sistema Nervoso Central (SNC) em crianças com TEA, mais especificamente nas áreas cerebrais como hipocampo, amígdalas, corpo caloso, maturação do córtex

cerebral frontal, e desenvolvimento irregular dos neurônios do sistema límbico (ZILBOVICIUS, 2006). Além das apresentadas acima, existem outras evidências que estão relacionadas à circunferência craniana cerebral de crianças com TEA, que podem apresentar medidas inferiores à média após o nascimento.

De acordo com Silva e Mulick (2009), crianças com TEA também podem apresentar um crescimento demasiado nos períodos de um e dois meses, e de seis e quatorze meses. Apesar das sucessivas investigações, ainda, não foi possível determinar com certeza o aspecto biológico, ambiental, ou mesmo a relação entre um e outro aspecto de forma expressiva.

Fernandes (2008) aponta que, em razão dessas alterações do Sistema Nervoso Central, o desenvolvimento neuropsicomotor da criança com TEA é considerado como atípico, apresentando diversos distúrbios do ritmo de desenvolvimento, como do movimento em padrões estereotipados; de relacionamento (preferindo o isolamento), os da fala e da linguagem (apresentando ecolalias); distúrbios de percepção (com a dificuldade ou incapacidade de perceber, ou mesmo de distinguir algo importante).

Podemos então perceber, que nos primeiros meses de vida existe assimetria de movimento em algumas habilidades motoras fundamentais, como: sentar, engatinhar, ficar em pé e andar. Alguns reflexos não são inibidos na idade apropriada e outros não aparecem quando deveriam, como o reflexo de proteção ao cair. Existe um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, onde podemos observar que aquisições de movimentos naturais como, descer escadas com membros alternados, habilidades motoras finas como, vestir-se e despir-se, desenhar e escrever são prejudi-

cadadas, esses fatores geram impacto negativo nas funções das atividades de vida diária da criança (AZEVEDO; GUSMÃO, 2016)

As crianças com transtorno do espectro autista possuem desordens motoras, devido a manifestações irregulares ou contínuas de movimentos repetitivos e confusos, que nomeamos de estereotípias motoras. Os movimentos mais comuns envolvem os braços e as mãos (flapping), que são movimentadas de forma constante em frente aos olhos com certa frequência, também batem palmas e fazem movimentos oscilatórios, e de forma frequente andam nas pontas dos pés. Estes movimentos envolvem o corpo inteiro e representam através de hiperextensão do pescoço, balanceios e fugas bruscas para frente. Além disso, podemos observar comportamentos automutiladores como se bater, se morder ou arrancar cabelos (SOUZA; SILVA, 2015)

Uma vez que as crianças, em sua maioria, têm um repertório comportamental empobrecido para planejar atividades e brincar de forma funcional, e o que sabem fazer sozinhas (e dá prazer a elas), é a estereotípias (GIMENES, 2018). Isso mostra o quão importante a fisioterapia pode ser na vida dessas crianças, onde iremos ofertar repertório e planejamento motor para o brincar funcional. Sabendo que o desenvolvimento motor é um processo contínuo e progressivo, porém, o ritmo é variável e depende dos estímulos recebidos. É importante que se detecte o atraso no desenvolvimento motor o mais precocemente possível, para só assim reduzir riscos e efeitos negativos daí decorrentes (JOSUE *et al.*, 2016).

As noções de tempo e espaço são as bases principais do desenvolvimento motor, cognitivo e social da criança (FERREIRA; THOMPSON, 2002). Para que tais bases se desenvolvam, é

preciso que as noções de esquema corporal e imagem do corpo estejam ajustadas. Portanto, a capacidade de espaço depende diretamente dos dados sensoriais e das ações motoras. Alterações de percepção espaciais são ocasionadas pela dificuldade de compreender o espaço corporal, num primeiro momento.

Se o corpo no autismo permanece mudo, silencioso, sem gestos, com comprometimentos nas posturas, no tônus muscular, nos movimentos, na comunicação, na interação com o outro e com o mundo, o espaço e o tempo, se encontram num momento de exclusão em relação à construção da linguagem (LEVIN, 2000; 2001). Sendo assim, o corpo da criança autista movimenta-se num tempo e num espaço sem limites, sem lugar, sem guias de orientações, visto que, quando as partes do corpo não são percebidas de modo correto, observam-se movimentos e gestos poucos adaptados, prejudicando o desenvolvimento do equilíbrio estático, da lateralidade, da reversibilidade e das funções cognitivas.

FISIOTERAPIA NO TEA

Como dito anteriormente, crianças com autismo apresentam alterações motoras, que podem ser sutis ou muito limitantes, como alterações de postura e equilíbrio, incoordenação motora global e fina, hipotonia, dificuldades no sequenciamento motor e em lidar com objetos, prejudicando assim, a aquisição das habilidades motoras (VOOS *et al.*, 2020), e interferindo na comunicação, interação social e flexibilidade de raciocínio (FONSECA *et al.*, 2021).

Alguns autores ressaltam as repercussões motoras que o TEA pode trazer, como a hipotonia, que é observado em mais de 50% dos casos e essas crianças apresentam lentidão para iniciar a contração muscular, sendo essa contração, muitas vezes realizada parcialmente, favorecendo a fadiga, tornando o movimento desarmônico e instável (GESCHWIND, 2013; SACREY *et al.*, 2014, AZEVEDO; GUSMÃO, 2016, VOOS *et al.*, 2020).

As características mais observadas nas crianças hipotônicas com TEA são predileção pela postura em W e queda do arco plantar (VOOS *et al.*, 2020). Na postura em W há uma diminuição de força muscular com risco de subluxação do quadril e alteração do crescimento ósseo (VOOS *et al.*, 2020). Com a queda do arco plantar a estabilidade das articulações como tornozelo, joelho e quadril ficarão prejudicadas, já que haverá alteração da base de apoio e equilíbrio, interferindo na biomecânica da marcha (VOOS *et al.*, 2020).

Outra característica observada é o controle postural pobre e variabilidade na marcha, ocasionado pela presença da hipotonia, que por sua vez reduz a força muscular e a estabilidade necessária para manter a velocidade da marcha (WILSON *et al.*, 2020).

Dessa maneira, a Fisioterapia em crianças com TEA, tem como objetivo reduzir os comprometimentos motores e a inibição de movimentos anormais, através de estímulos motores e sensoriais de forma lúdica, melhorando os ajustes corporais e assim melhorando os aspectos comportamentais, buscando uma melhor interação social e qualidade de vida (FONSECA *et al.*, 2021).

Diferentes condutas podem ser realizadas, identificando as principais complicações de cada criança, e adaptá-las a um trata-

mento proposto (FONSECA *et al.*, 2021). Atualmente, as evidências apontam que equoterapia, hidroterapia, fisioterapia pélvica, bobath e cinesioterapia, são as intervenções mais benéficas para o tratamento e desenvolvimento de crianças com TEA (VOOS *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2017; FONSECA *et al.*, 2021). Uma intervenção que se utiliza da atividade física, que compõe todos os tipos de ação com contração muscular, apresentará benefícios nas habilidades de comunicação, motora, interação social, comportamento estereotipado e esportivo (HUANG *et al.*, 2020).

A EQUIPE TERAPÊUTICA INTERDISCIPLINAR

O objetivo do fisioterapeuta é atuar de forma precoce na melhora do desempenho e desenvolvimento motor da criança com TEA e nas debilidades motoras observadas. (SAMPAIO; LOURENÇO; GOMES, 2015). Para que haja um melhor resultado é de suma importância à integração da equipe, composta a partir da demanda da criança, desenvolvendo outros aspectos como a linguagem verbal e não verbal (SAMPAIO; LOURENÇO; GOMES, 2015).

Nesse sentido, conhecer a atuação das outras categorias envolvidas no processo de cuidado, possibilita o correto direcionamento e orientação quanto às necessidades apresentadas por cada criança. A Fonoaudiologia, por exemplo, contribui para um melhor entendimento dos comandos e retorno da atividade; a Psicologia fortalece o desenvolvimento psicoemocional; a Musicoterapia proporciona criar relações e correlações com o ambiente e objetos a partir dos seus objetivos que ampliam a capacidade de

expressão, controle de comportamentos agressivos e hiperatividade (SAMPAIO; LOURENÇO; GOMES, 2015).

A importância do trabalho interdisciplinar para o desenvolvimento de pessoas com TEA está relacionada também ao sucesso da inclusão educacional, uma vez que o desenvolvimento da criança e o suporte da equipe são fatores de grande influência para o sucesso da inclusão. (CAMPOS; SILVA; CIASCA, 2018).

De acordo com Alessandrini (2005), o atraso no desenvolvimento sensorio motor requisita diferentes intervenções durante o tratamento como, a forma de aprender e interpretar a si mesmo, a aprendizagem social e da linguagem, diminuir a rigidez e as estereotípias, dissipar os comportamentos mal adaptativos e auxiliar no fomento do bem-estar da família. Desta forma, é indiscutível a necessidade do uso de métodos criativos, de saberes articulados, de trocas de informação e de estudos paralelos e diversificados sobre o TEA.

O papel da fisioterapia contribui na melhoria da qualidade de vida da criança com TEA, no que se refere ao convívio social, ao desenvolvimento neuropsicomotor trabalhando técnicas próprias e contribuindo para o autoconhecimento corporal, além do treino de habilidades motoras, equilíbrio e coordenação de pessoas com TEA (MARQUES, 2002).

CONCLUSÃO

A implementação de modelo de atenção que integra os aspectos social, emocional, afetivo, motor e cognitivo no atendimento às crianças com TEA, tem alcançado resultados considerados de excelência, tendo em vista o amplo espectro de áreas que atuam com o objetivo único de promover melhoria na qualidade de vida dessas crianças e suas famílias.

Constituída por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, musicistas, psicopedagogos entre outros profissionais, a equipe atua em uníssono para proporcionar resultados significativos, estáveis e com repercussão no bem-estar das crianças com TEA.

Nessa perspectiva, a fisioterapia tem papel relevante na atenção, desenvolvimento e tratamento das crianças com TEA, o que está amplamente demonstrado por estudos que comprovam a efetividade dessa atuação e pelas modificações no quadro geral, particularmente sob o aspecto motor, apresentado pela criança. Nesse sentido, é importante ressaltar o necessário estabelecimento de metodologia semiestruturada de trabalho respeitando a atuação das demais áreas, sem, no entanto, descuidar das ações específicas a serem realizadas pela fisioterapia.

No âmbito da atuação fisioterapêutica, a manutenção da rotina das sessões favorece a participação e promove maior aproveitamento das crianças com TEA. Contudo, diversas variáveis precisam ser observadas criteriosamente para que a intervenção seja a mais efetiva possível. Há, ainda, a necessidade de adapta-

ção das técnicas às demandas específicas das crianças de forma a proporcionar benefícios sintomáticos e estabilidade na evolução.

Os fisioterapeutas são os profissionais aptos a realizar intervenções de forma assertiva no que tange aos aspectos motores e de movimento, minimizando danos futuros e promovendo, a partir do esforço profissional em avaliar a situação, diagnosticar em conjunto com a equipe multiprofissional, planejar, propor e executar estratégias para o desenvolvimento e ajuste de comportamentos motores e de movimento apropriados à condição de cada criança.

Esse capítulo apresenta a perspectiva da atuação fisioterapêutica no contexto do TEA, conduzindo à reflexão sobre a complexidade e a importância do trabalho do fisioterapeuta na equipe multiprofissional, bem como os desafios a serem enfrentados para obtenção do sucesso das suas ações. No entanto, uma equipe madura, ciente de suas responsabilidades, competente e dedicada, tem capacidade para definir metas factíveis e reavaliar constantemente suas ações de forma a alcançar os objetivos propostos.

Nesse sentido, o trabalho dos fisioterapeutas está estruturado sobre sólida fundamentação teórica, guiado por princípios de habilitação e reabilitação que estabelecem objetivos significativos e funcionalmente relevantes e pela garantia de compartilhamento de experiências e conhecimentos relacionados a intervenções que promovam os resultados esperados.

REFERÊNCIAS

- ALESSANDRI, M. *et al.* *Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a intervención.* **Revista de Neurologia**, [S.l.], vol. 40, n. 1, 2005.
- AZEVEDO, A; GUSMÃO, M. A importância da fisioterapia motora no acompanhamento de crianças autistas. **Revista Atualiza Saúde**, Salvador, vol. 3, n. 3, p.76-83, 2016. Disponível em: <<https://atualizarevista.com.br/issue/volume-3-2016/>> Acesso em: 20 mai. 2022.
- CAMPOS, C. C. P.; SILVA, F. C. P.; CIASCA, S. M. Expectativa de profissionais da saúde e de psicopedagogos sobre aprendizagem e inclusão escolar de indivíduos com transtorno do espectro autista. **Revista de Psicopedagogia**, São Paulo, v. 35, n. 106, p. 3-13, 2018.
- CAZORLA, G. J. J.; CORNELLÁ, C.J. *Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo.* **Revista Pediatría de Atención Primaria**. v.16, p.37-46, 2014.
- CLARE, L. *et al.* *Cognitive rehabilitation, self-management, psychotherapeutic and caregiver support interventions in progressive neurodegenerative conditions: A scoping review.* **NeuroRehabilitation**, [S. l.], vol. 43, n. 4, p. 443–471, 2018. DOI: 10.3233/NRE-172353.
- COELHO, R. *et al.* *Child development in primary care: a surveillance proposal.* **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 92, n. 5, p. 505-11, 2016.

EATHER, N. *et al.* *Fundamental movement skills: where do girls fall short? A novel investigation of object-control skill execution in primary-school aged girls.* **Preventive Medicine Reports**, vol. 11, p. 191–195, 2018.

FERNANDES, F. S. O. Corpo no Autismo. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n. 1, p. 109-114, 2008.

FERREIRA, C. A. D. M.; THOMPSON, R. **Imagem e Esquema corporal**. Editora Lovise: São Paulo, 2002.

FONSECA, C. A. *et al.* Contribuição da fisioterapia no desenvolvimento psicomotor da criança com transtorno do espectro autista: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Guarai**, [S. l.], v. 1, n.1, p.5, set./2020. ISSN 1519-0307

GESCHWIND, D. Avanços no Autismo. **Revista de Medicina**, Califórnia, v. 60, p.367-380, mai 2013.

GIMENES, V. C. P. Revisão bibliográfica de intervenção comportamental para redução de estereotípias em autistas. **Centro Paradigma**, São Paulo, 2018.

GOMES, D. C.; PAIVA, A. R. A inclusão social de pessoas com transtorno do espectro autista após a aprovação da lei 12.764/2012: Um estudo sobre o trabalho da Associação Casa de Brincar de Barra do Piraí - RJ. **Revista Episteme Transversalis**, Volta Redonda. v. 7, n. 2, p. 14-34, 2017.

GUERRA, B.T.; VERDU, A. C. *Ensino de operantes verbais em pessoas com Transtorno do Espectro Autista*

no *The Analysis of Verbal Behavior*: revisão sistemática.

Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, [S. l.], vol. 18, n. 2, p. 73-85, 2016.

HAYWOOD, K. M.; GETCHELL, N. **Desenvolvimento Motor ao Longo da Vida**. 6. ed. Artmed Editora, 2016.

INOUI, A. Z; BREHM, C. M. P. Clínica sensorial especializada no tratamento de portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA). In: SIMPÓSIO NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE CIDADES - 3ª SEMANA DE ARQUITETURA E URBANISMO DA UNIVAG, 5. **Resumo expandido**, Várzea Grande, 2017.

JOSUÉ, F. J. A. *et al.* O uso da aims para detecção precoce de atraso no desenvolvimento motor das crianças atendidas em uma unidade básica de saúde. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, [S.l.], v. 3, n. 1, mar. 2017. ISSN 2446-6042. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/955>>. Acesso em: 26 mar. 2022.

LEVIN, E. **A Clínica Psicomotora: O corpo na linguagem**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

LEVIN, E. **A infância em cena**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

LOPES, J. J. D. *et al.* Marcos motores nos primeiros anos de vida e o indicativo de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, Manaus, v. 22, n. 16, p. 1-18, 2020.

MARQUES, T. Autismo: que intervenção? **Revista Cidade Solidária**, [S.l.], vol. 8, n. 3, 2002.

IZADI-NAJAFABADIA, S. *et al.* Participation of children with developmental coordination disorder. **Research in Developmental Disabilities**, v. 84, p. 75–84, 2019. .

REBELO, M. *et al.* Desenvolvimento Motor da Criança: relação entre Habilidades Motoras Globais, Habilidades Motoras Finas e Idade. **CPD, Murcia** , v. 20, n. 1, p. 75-85, abr. 2020.

RUDD, J. R. *et al.* Fundamental movement skills are more than run, throw and catch: The role of stability skills. **PLoS ONE**, v. 10, n. 10, p. 1–15, 2015.

SACREY, L. *et al.* Impairments to visual disengagement in autism spectrum disorder: a review of experimental studies from infancy to adulthood. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 47, p. 559-577, 2014.

SAMPAIO, R. T; LOURENÇO, C. M. V; GOMES, C. M. A. A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica. **Per Musi – Revista Acadêmica de Música**, v. 3, p. 137-170, 2015.

SANTOS, L. F.; GIGONZAC, M. A. D.; GIGONZAC, T. C. V. Estudo das principais contribuições da fisioterapia em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) diagnosticados. In: CONGRESSO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE

GOIÁS (CEPE/UEG): COMO VOCÊ TRANSFORMA O MUNDO? 4., 2017, Caldas Novas, **Anais Eletrônicos**. Caldas Novas: Universidade Estadual de Goiás, 2017.

SCHWARTZMAN, J. S. O desenvolvimento motor normal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 17, n. 2, 2007.

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: revisão sistemática. **Psico-USF**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 161-176, abr. 2017.

SILVA, M.; MULICK, J. A. *Fundamental aspects and practical considerations diagnosticando el Trastorno Autista: aspectos fundamentales y consideraciones prácticas*. **Psicología, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009.

SOARES, D. B., *et al.* *Influence of the physical activity on motor performance of children with learning difficulties*. **Revista CEFAC**, vol. 17, p. 1132-1142, 2015.

SOARES, T.; BRAGA, S. E. M. Relação da terapia de holding com a interação sensorial no autismo infantil. **Revista Científica Interdisciplinar**. vol. 1, n. 2, 2014.

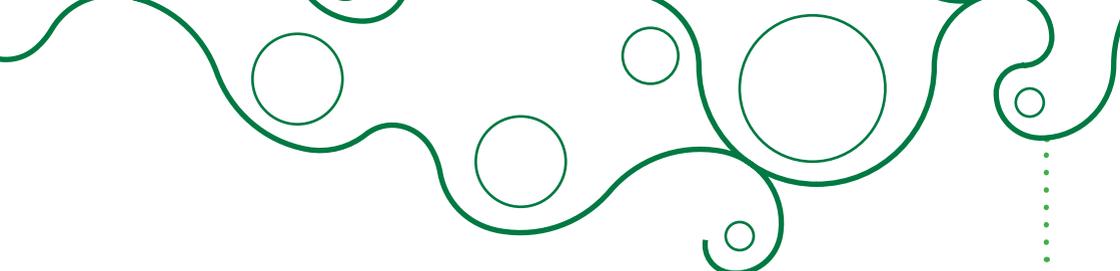
SOUZA, M. B; SILVA, P. L. N. Equoterapia no tratamento do transtorno do espectro autista: a percepção dos técnicos. **Revista Ciência e Conhecimento**, v. 9, n. 1, p. 4-22, 2015.

VOOS, M, C. *et al.* As principais alterações sensório-motoras e a abordagem fisioterapêutica no Transtorno do Espectro Autista. In: COSTA, E. F.; SAMPAIO, E. C. **Desenvolvimento da criança e do adolescente: evidências científicas e considerações teóricas-práticas**. 1. ed. São Paulo: Editora Científica, 2020. Capítulo 15, p. 227 - 252.

WILSON, P. *et al.* *Cognitive and motor function in developmental coordination disorder. **Developmental Medicine & Child Neurology***, vol. 62, n. 11, p. 1317-1323, 2020.

ZILBOVICIUS, M. M. I. Autismo: neuroimagem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, supl. 1, p. s21-s28, 2006.

HUANG, J. *et al.* Meta-análise sobre os efeitos da intervenção de atividades físicas em crianças e adolescentes com autismo. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], vol. 17, n. 6, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17061950



4. FONOAUDIOLOGIA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Nayara Kelly Pires Lima

Milena Loureiro de Oliveira Paz

Georgia Patrícia Pontes Bezerra

Karmelina Maria Viana Pereira

Ana Walquiria F. C. Bret de Moraes

Ana Sáskya Vaz de Araújo

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de autismo traz consigo uma carga muito alta de dúvidas e questionamentos entre os familiares envolvidos, com busca por soluções e terapias especializadas em compensar, no menor espaço de tempo, os déficits de desenvolvimento encontrados em suas crianças.

Para Teixeira (2016), o transtorno do espectro autista pode ser definido como um conjunto de condições comportamentais caracterizadas por prejuízos no desenvolvimento de habilidades sociais, da comunicação e da cognição da criança. O aparecimen-

to dos sintomas ocorre nos primeiros anos de vida e algumas das características mais marcantes em indivíduos diagnosticados com transtorno do espectro autista (TEA), são as alterações de fala, linguagem e comunicação (ARAÚJO, 2019).

Para que a comunicação aconteça, as pessoas usam não só a fala, mas todo o conjunto de linguagem corporal, gestual, contato visual, modulação da voz, e compreensão das mensagens de outras pessoas. Para indivíduos com TEA, essas habilidades são pouco ou nada desenvolvidas, e junto com os déficits sociais a comunicação acaba sendo as maiores queixas terapêuticas observadas no nosso cotidiano (STRAVOGIANNIS, 2020).

Segundo Pino (2005), o nascimento cultural do indivíduo só é possível pela mediação dos símbolos dele e do outro, uma vez que as crianças se constituem como sujeitos na medida em que se apropriam do mundo e de suas significações. Então a linguagem toma esse lugar de centro, onde suas formas de manifestação se tornam motivação principal para o desenvolvimento do sujeito, pois ao fazerem uso da linguagem para comunicar-se, estão cada vez mais inseridos em sua rede de relações sociais (PINO, 2005; VYGOTSKY, 1989).

A fonoaudiologia, que se descreve como a ciência que estuda e trata sobre os processos de comunicação humana e seu desenvolvimento, tem lugar central na reabilitação de indivíduos dentro do espectro autista (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2006). Além de ter capacidade técnica para atuar dentro de uma equipe multiprofissional, com o desenvolvimento de trabalhos em diversas áreas com o objetivo de prestar atendimento integral às crianças com TEA.

O objetivo fundamental deste artigo é esclarecer à sociedade, em geral, sobre a atuação fonoaudiológica, suas fundamentações e práticas clínicas atualizadas no contexto do atendimento a crianças diagnosticadas com autismo. Pretendemos alcançar principalmente, familiares, terapeutas e comunidade escolar, e esclarecer através do referencial teórico utilizado, os caminhos e estratégias traçados no nosso cotidiano e que esses possam ser norteadores na intervenção fonoaudiológica atual.

ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A dificuldade na comunicação é uma característica apontada por estudiosos desde a década de 1940 e trata-se de uma área de extrema importância dentro do trabalho desenvolvido pela fonoaudiologia.

As primeiras publicações foram feitas por Leo Kanner (1943), e em seguida por Hans Asperger (1944), os estudos são referentes a crianças assistidas por eles e nessa época já é possível observar o relato de características do autismo como: isolamento social, ecolalia, estereotípias e dificuldades na comunicação. Gilbert (1990, p. 34), foi um que se destacou ao citar que o autismo é uma disfunção orgânica:

O autismo é uma síndrome comportamental, com etiologias biológicas múltiplas e evolução de um distúrbio do desenvolvimento caracterizada por déficit na intera-

ção social e no relacionamento com os outros, associado a alterações de linguagem e comportamento.

Em 2010, Kamp-Becker, já tinha um conceito para o autismo apresentando vários sintomas, manifestações clínicas, de formas variadas, diferentes níveis de desenvolvimento e funcionamento. Essa síntese histórica mostra que desde o início dos estudos, as características como o isolamento social, as estereotípias, as dificuldades na comunicação, déficit cognitivo e a ecolalia, já eram assuntos discutidos pelos autores (KAMP-BECKER *et. al.*, 2010)

Silva, Lira e Farias (2021), referiram que o fonoaudiólogo é o profissional que intervém direta e indiretamente nas habilidades de comunicação e socialização das crianças com autismo. A intervenção fonoaudiológica, nesses casos, tem como finalidade proporcionar autonomia e favorecer a utilização da linguagem funcional para uma melhor interação com o meio em que vivem, enfatizando que no processo de desenvolvimento da linguagem do TEA é essencial, por ser uma das competências com comprometimentos mais importantes, marcada por transtornos ou ausências dos parâmetros de expansão de linguagem. Portanto, é a habilidade que recebe maior destaque na atuação fonoaudiológica. Assim, as autoras relatam que os comprometimentos nessa habilidade são caracterizados por dificuldades em iniciar e manter interação, interpretar o discurso do interlocutor, contato visual pobre ou ausente, balbúcio tardio ou inexistente, compreensão prejudicada, vocabulário expressivo e receptivo reduzido ou ausente, linguagem metafórica comprometida, inversões pronominais, estruturas frasais desconexas, prosódia afetada e linguagem

estereotipada (ecolalia muitas vezes sem intenção comunicativa). As autoras relatam que sendo o profissional que conhece e sabe aplicar os métodos de intervenção precoce na criança autista, o fonoaudiólogo possui um papel diferencial no diagnóstico preciso e no cuidado com o paciente. (SILVA, L. C. da.; LIRA, K. L. de.; FARIAS, 2021).

INTERVENÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NA LINGUAGEM E FALA

O Conselho de Fonoaudiologia descreve a linguagem como uma área que trabalha a comunicação oral e escrita, iniciando desde a infância até a fase adulta, sendo o fonoaudiólogo o profissional capacitado para realizar intervenção na linguagem receptiva e expressiva (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2006).

Alterações de linguagem podem impedir ou atrapalhar as relações sociais, sendo a falta de comunicação uma das mais evidentes. Tanto na linguagem verbal quanto na não verbal, os prejuízos são marcantes e progressivos, podendo ocorrer um atraso ou ausência de desenvolvimento dos mesmos.

De acordo Silva (2020), a linguagem é considerada como ferramenta crucial para a construção e fortalecimento das relações sociais. Por meio dela é possível compreender o mundo e se relacionar com ele, provocando mudanças na forma de pensar e agir. Para cumprir o seu papel comunicativo, a linguagem precisa ser recíproca, ter conteúdo comum aos interlocutores e ser en-

volta de significado. A presença de disfunções neurológicas pode ocasionar dificuldades na apropriação da linguagem, o que ocorre, por exemplo, em crianças com TEA.

Segundo Venter (1992), para o desenvolvimento, a linguagem assim como a inteligência, é uma habilidade primordial que pode ser acometida em diversos graus e está diretamente relacionada com o quadro de TEA.

Os déficits na linguagem são uma manifestação clínica importante nos quadros do TEA. As diferenças mais significativas estão relacionadas a dificuldades em iniciar conversação e uso frequente e excessivo de gestos e vocalizações sem função (estereotípicas). (ALMEIDA-VERDU *et al.*, 2012).

As alterações de linguagem no transtorno autístico, geralmente, são caracterizadas por atrasos significativos ou ausência total de desenvolvimento desta habilidade. Tais alterações linguísticas confirmam a importância da atuação fonoaudiológica no trato dos pacientes com esse diagnóstico (GONÇALVES, CASTRO, 2013).

Assim, uma das funções do fonoaudiólogo na atuação com crianças do espectro autístico, é a identificação dos aspectos para os quais a criança mostra mais habilidades para que estes sejam utilizados como apoio nas atividades escolares e em abordagens terapêuticas de comunicação e linguagem (VIVEIROS, 2008).

A intervenção fonoaudiológica tem como finalidade motivar na criança com TEA a sua autonomia e utilizar a linguagem funcionalmente para interação com o meio em que vive (RESSURREIÇÃO, 2014), proporcionando dessa forma uma melhor

comunicação, de maneira ampla e efetiva, contribuindo na habilitação e amenizando os déficits que o indivíduo apresenta para sua inserção no meio social.

Portanto, a intervenção baseia-se basicamente numa avaliação detalhada da linguagem, na orientação familiar e escolar e na terapia propriamente dita (SCHIRMER, FONTOURA, NUNES, 2004).

Especificamente a linguagem, trata-se de um comportamento a ser ensinado e desenvolvido mediante interações entre seres e ambiente. Sendo que essas interações favorecem uma intervenção direcionada para que seja estabelecida a linguagem, a comunicação. Nos casos do transtorno autístico é importante estarmos atentos aos comportamentos verbais onde consideramos a emissão (fala), mas também aos comportamentos não verbais onde a criança, muitas vezes, interage por meio das habilidades gestuais, imitação, comunicação alternativa e/ou aumentativa e escrita (ALMEIDA-VERDU *et al.* 2012).

A Fonoaudiologia, atualmente, começa a trabalhar na perspectiva de uma terapia da linguagem conduzida numa situação mais próxima das situações interativas do dia-a-dia, onde se valoriza toda manifestação comunicativa por parte do paciente e o enfoque não se restringe apenas às manifestações linguísticas, mas, principalmente, a todo o contexto comunicativo. Partindo dessa visão, é fundamental que o fonoaudiólogo, enquanto participante ativo do processo de aquisição da linguagem de seu paciente com diagnóstico de autismo, compreenda e utilize os recursos que permitam as trocas interativas (LIMA *et al.*, 2010).

Ao atuar com situações do cotidiano, o profissional busca valorizar toda atitude comunicativa levando em consideração toda a forma de comunicação, priorizando o desenvolvimento da linguagem. (LIMA *et al.*, 2010). É de extrema importância que o fonoaudiólogo tenha um olhar individualizado e clínico para as necessidades da criança (BAGAROLLO; PANHOCA, 2010; SAAD; GOLDFELD, 2009).

Além disso, é fundamental que promovam o desenvolvimento global da criança e a qualidade de vida dela e de sua família. Buscando intervir de forma específica nas interações sociais, nas brincadeiras simbólicas ou imaginativas e na linguagem como um todo, principalmente no sistema pragmático (GONÇALVES, CASTRO, 2013).

No trato de crianças com TEA, as orientações familiares podem ser acompanhadas de estratégias específicas, como inúmeros modelos e programas de intervenção para a estimulação no meio em que a mesma vive (CRUZ, GOMES, 2020).

Silva (2010) relata que a produção correta da fala exige coordenação complexa, o que envolve organização, planejamento e execução dos movimentos fonoarticulatórios. Dentre as alterações ou inibição da fala no TEA, podendo ser de forma primária ou associada, encontramos a Apraxia de Fala da Infância (AFI), que é um transtorno neurológico, no qual a precisão e a consistência dos movimentos da fala estão alterados, sem que haja algum dano neuromuscular (ASHA, 2007). A falha está no planejamento e/ou programação de parâmetros espaço temporais das sequências dos movimentos, resultando em erros na produção dos sons da fala e alterações prosódicas (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Por meio de um estudo com 30 crianças com TEA, constatou-se que 63,6% delas também diagnosticaram com AFI, com índice alto de precisão, revelando alta comorbidade entre TEA e AFI. Isto remete a necessidade de uma avaliação e intervenção adequada, realizada precocemente. Também apontam estudos, que dentre as abordagens de intervenção para os distúrbios na produção da fala como AFI, a eficácia do PROMPT (*Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets*), com base em princípios neuromotores de produção de fala com objetivo de desenvolver, reequilibrar e restabelecer o controle motor de fala (VELLOSO; CICUTTI, 2019).

Oliveira *et al.*, (2018), considera que o ABA (*Applied Behavior Analysis*) e PECS (*Picture Exchange Communication System*) juntos contribuem para uma melhoria significativa da comunicação. Sendo o PECS, estruturado em seis fases, é um sistema de comunicação estabelecido por troca de figuras. Composto por figuras pré-elaboradas, possui o objetivo de criar, rápida e economicamente, recursos de comunicação consistentes com o intuito de trabalhar a iniciativa e persistência, até alcançar a fase em que a criança já troca uma tira de figuras, equivalente a uma frase. E o ABA consiste em estimular a linguagem da criança, por meio de reforços positivos. Estes apoios podem ser primários, como o oferecimento de alimentos, ou secundários como a execução de atividades que a criança sinta sensação de prazer em realizar. Possui o objetivo de tornar o aprendizado mais próximo ao natural. As atividades começam individualmente e com o desenvolvimento da criança, outros participantes podem ser inseridos no contexto (GONÇALVES; CASTRO, 2013).

Várias são as metodologias estruturadas para o uso com autismo. Desse modo, destaca-se a importância do profissional fazer uso dessas técnicas estruturadas e não estruturadas, com intuito de priorizar o desenvolvimento desse indivíduo (CRUZ, GOMES, 2020).

Assim, torna-se fundamental que o fonoaudiólogo tenha um olhar integrado com diversas áreas, buscando propiciar habilidades comunicativas na criança, favorecendo seu desenvolvimento individual e nas relações.

TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA NA SELETIVIDADE ALIMENTAR

Uma das áreas de intervenção do fonoaudiólogo é a seletividade alimentar, sendo comum em crianças características como a recusa alimentar, repertório restrito de alimentos e em alguns casos a ingestão frequente de um único alimento. Um dos fatores apontados para a ocorrência da seletividade alimentar é o processamento sensorial atípico, ou na falta de fatores orgânicos identificados, pode se considerar manifestação de interesse restrito e comportamento de rigidez (CHISTOL *et al.*, 2018; BANDINI *et al.*, 2017). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), descreve os transtornos alimentares, que são caracterizados por uma perturbação persistente nos hábitos relacionados à alimentação. Dentre os transtornos classificados no manual, se inclui o Transtorno Alimentar Restritivo/ Evitativo (TARE) (APA, 2014).

O TARE, geralmente chamado de seletividade alimentar, ocorre quando a pessoa ingere uma variedade restrita de alimentos, muitas vezes excluindo grupos alimentares ou reduzindo a quantidade dos alimentos já consumidos. A principal característica do TARE é a esquivia ou a restrição da ingestão alimentar, essa restrição pode chegar ao ponto de causar deficiências nutricionais significativas, como perda de peso, e em casos mais graves podendo desenvolver a dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais e interferência no funcionamento psicossocial. Essa seleção pode ocorrer não só por determinados grupos alimentares, mas também por características de apresentação do alimento, como: cor, temperatura, textura e cheiro. Outros fatores que podem dificultar ou causar resistência para a realização das refeições são alterações de rotina, como realizar as refeições em horários e locais diferentes e mudanças na apresentação de pratos e utensílios novos (APA, 2014).

As condições orgânicas envolvidas na seletividade alimentar merecem destaque, devendo ser considerado o diagnóstico diferencial, pois são mais difíceis de serem detectadas e podem incluir condições médicas como refluxo gastroesofágico, alergia alimentar, disfagia, dor ao se alimentar e diarreia, fatores que podem promover a aversão alimentar (APA, 2014).

Crianças com TEA, frequentemente, apresentam questões sobre seletividade alimentar. No entanto, o diagnóstico de TARE só poderá ser efetivado se o indivíduo apresentar a ocorrência concomitantemente de todos os critérios para ambos os transtornos. Para entender a associação desses dois transtornos é preciso compreender a inflexibilidade mental e as dificuldades sensoriais

que são características comuns do espectro do autismo. Diante disso, é importante reforçar que a TARE deve ser tratada com atenção, compreendendo que não se trata de “birra” e teimosia, mas sim uma dificuldade que a criança apresenta para introduzir novos alimentos em sua dieta (PERANDIN, 2020).

Ressalta-se que, geralmente, expressam preferência por alimentos não saudáveis de baixo valor nutricional. Essa predileção dificulta a inserção de novos alimentos na rotina de alimentação de crianças com TEA (OLIVEIRA, 2018). Segundo Smith *et al.*, (2020), permitir mais tempo de contato com os alimentos pode contribuir para que as crianças com transtornos do neurodesenvolvimento gerenciem melhor suas experiências sensoriais, o que contribui para sua familiaridade e aceitação dos alimentos.

O profissional fonoaudiólogo que atua com o transtorno do espectro autista está apto a detectar e atuar na área orgânica, no desenvolvimento motor oral e em questões sensoriais orais, realizando a intervenção terapêutica direta, ou seja, aquela que se direciona para as habilidades e inabilidades do indivíduo em relação à adequação funcional. E quando esta terapia é aliada a indireta, levando o cenário terapêutico para o contexto familiar, escolar do indivíduo, ela melhora a resposta terapêutica (TAMANHA; CHIARI; PERISSINOTO, 2015), considerando ainda, o engajamento de uma equipe multidisciplinar, onde se alinha às avaliações do pediatra ou neuropediatra, psicólogo, gastroenterologista, terapeuta ocupacional e nutricionista.

Portanto, o fonoaudiólogo contribui significativamente, dentro da equipe multiprofissional, desenvolvendo o plano terapêutico individual voltado para a prevenção e o tratamento, na perspectiva

de alcançar os objetivos do trabalho com êxito. Promovendo a apresentação de texturas, sabores e temperaturas dos alimentos, além de desenvolver a mastigação e a deglutição. Esse ponto é relevante, considerando que a textura dos alimentos e a temperatura são consideradas aspectos fortemente associados à aceitação de alimentos (HUBBARD *et al.*, 2014). Além disso, desenvolve uma estratégia terapêutica utilizando a Terapia Orofacial Miofuncional, composta por exercícios que estimulam a sensibilidade exteroceptiva e face por meio da técnica de Estimulação Tátil-Térmica-Gustativa (ETTG), realizada de forma intraoral com uso de alimentos, preferencialmente com sabores azedos e gelados para melhor ativação do controle neurológico periférico da deglutição (GATTO, 2010).

Além dos fatores já relacionados, a seletividade alimentar traz em si uma carga emocional muito forte. Essa angústia recai, sobretudo, nas mães que de alguma forma se sentem culpadas pelo desenvolvimento do transtorno. Essa cobrança pode ser associada ao vínculo primário da mãe, que é responsável por nutrir seu filho desde a gestação. Trabalhar esse sentimento de culpa é essencial para obter sucesso no tratamento, fazer a família compreender esse processo exige a atuação em conjunto da equipe multiprofissional. A participação da família é fundamental para o processo de investigação e intervenção. Os profissionais da saúde envolvidos nessa rede de apoio precisam acolher, entender e auxiliar as famílias, que muitas vezes encontram-se fragilizadas com esse processo (MIRANDA, 2019).

Diante do exposto, consideramos fundamental o papel do fonoaudiólogo dentro da equipe multidisciplinar, bem como a atuação junto a família e a escola, respeitando sempre a criança que pode

apresentar dificuldades para expressar suas sensações, por isso é importante estar atento a sinais que podem surgir no momento das refeições como forma de comunicação, como por exemplo: recusar abrir a boca, virar a cabeça quando o alimento é oferecido, chorar, engasgar, jogar o alimento no chão, não querer tocar na comida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a comunicação é fundamental nas relações humanas, bem como um fator de atenção primordial no desenvolvimento infantil, esta se torna um fator de alerta para o diagnóstico no autismo. Assim, ao observar algum atraso ou transtorno relacionado à fala e a linguagem, a família busca respostas e maior entendimento das causas. Por isto, a Fonoaudiologia torna-se essencial para uma investigação detalhada e individualizada do caso, realizando os encaminhamentos necessários para um diagnóstico diferencial em busca de uma intervenção precoce, atuando junto a outros profissionais.

Portanto, há necessidade de profissionais qualificados e capacitados que tenham um olhar cuidadoso e hábil sobre a criança e o ambiente ao qual ela está inserida, para oferecer um plano de atendimento individualizado eficaz, buscando a sua comunicação social apropriada dentro de suas limitações e potencialidades.

Assim, conclui-se que precisamos atuar em equipe, de forma integrada e participativa, respeitando as especificidades de cada criança e ou adolescente, propiciando sua independência, autonomia e melhor qualidade de vida dentro da sua funcionalidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-VERDU, A. C. M. *et al.* Aquisição de Linguagem e Habilidades Pré-requisitos em Pessoas com Transtorno. **Revista Di**, n. 3, 2012.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. **Childhood apraxia of speech**. Technical report. North Carolina, 2007. Disponível em: <<http://www.asha.org/policy>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 992.

ARAÚJO, L. A. *et al.* **Transtorno do Espectro do Autismo**. Manual de Orientação. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Sociedade Brasileira de Pediatria, Belo Horizonte, n. 5, 2019.

ASPERG, H. **Autistic psychopathy in childhood**. In: U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger syndrome*. Londres: Cambridge University Press, 1991. p. 37-92. (Trabalho original publicado em 1944).

BAGAROLLO, M. F; PANHOCA, I. A constituição da subjetividade de adolescentes autistas: um olhar para as histórias de vida. **Revista Brasileira de Educação Especial** [online]. v. 16, n. 2, p. 231-250, 2010.

BANDINI, L. G. *et al.* *Changes in Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 47, n. 2, p. 439-446, fev. 2017. DOI: 10.1007/s10803-016-2963-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210 p.

CHISTOL, L. T. *et al.* *Sensory Sensitivity and Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 48, n. 2, p. 583-591, fev. 2018. DOI: 10.1007/s10803-017-3340-9.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA.
Resolução CFFa nº 320, de 17 de fevereiro de 2006.
Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_320_06.htm

CRUZ, B. P.; GOMES, L. G. A. A. **Intervenção fonoaudiológica em crianças com transtorno do espectro autista: revisão bibliográfica**. 2020. Trabalho de Conclusão (Curso de Fonoaudiologia) - Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020.

DOMINGUES, G. **Relação entre medicamentos e ganho de peso em indivíduos portadores de autismo e outras síndromes relacionadas**. 2007. Dissertação. Universidade do Rio Grande do Sul; 2007.

GATTO, A. R. **Efeito do sabor azedo e da temperatura fria na fase oral da deglutição no acidente vascular encefálico**. 2010. Dissertação. (Programa de PósGraduação em Bases Gerais da Cirurgia) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010.

GILBERT, M. *Walking Together: A Paradigmatic Social Phenomenon*. **Midwest Studies In Philosophy**, v. 15, n. 1, p. 1-14, 1990.

GONÇALVES, C. A. B; CASTRO, M. S. J. Propostas de intervenção fonoaudiológica no autismo infantil: revisão sistemática da literatura. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 15-25, abr. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/14920/11128>>. Acesso em: 16 mar. 2022.

GONÇALVES. C. A. B; CASTRO. M. S. J. Proposta de Intervenção Fonoaudiológica no Autismo Infantil: revisão sistemática da literatura. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 15-25, abr. 2013.

HUBBARD, K. L. *et al. A comparison of food refusal related to characteristics of food in children with autism spectrum disorder and typically developing children*. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 114, n. 12, 2014. DOI: 10.1016/j.jand.2014.04.017.

KAMP-BECKER, I. *et al.* *Categorical and Dimensional Structure of Autism Spectrum Disorders: the nosologic validity of Asperger Syndrome.* **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 40, n. 8, p. 921-929, 2010.

KANNER, L. *Autistic disturbances of affective contact.* **Nervous Child**, v. 2, p. 217–250, 1943.

LIMA, A. N. F. *et al.* Recursos Linguísticos Prosódicos como Facilitadores do Desenvolvimento da Linguagem na Clínica Fonoaudiológica do Autismo. **Revista Investigações**, v. 23, n. 2, 2010.

MIRANDA, V. S. G.; FLACH, K. Aspectos emocionais na aversão alimentar em pacientes pediátricos: interface entre a fonoaudiologia e a psicologia. **Psicologia em Estudo** [online], v. 24, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.45247>>. Acesso em: 27 mai. 2022.

OLIVEIRA, T. R. S., *et al.* Intervenção fonoaudiológica e autismo. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 6, p. 808-814, 2018.

PERANDIN, G. P. **Seletividade alimentar em crianças com TEA.** out. 2020. Disponível em: <<https://bityli.com/dRDNAM>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PINO, A. **As marcas do humano:** as origens da constituição cultural da criança na perspectiva de Lev S. Vigotski. São Paulo: Cortez, 2005, p.303.

RESSURREIÇÃO, J. O. **Fonoaudiologia, musicoterapia e autismo: revisão de literatura**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Fonoaudiologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

RODRIGUES, G. S. *et al.* Apraxia de fala da infância e marcadores históricos, desenvolvimentais e comportamentais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 53-64, 2019.

SAAD, A. G. F.; GOLDFELD, M. A ecolalia no desenvolvimento da linguagem de pessoas autistas: uma revisão bibliográfica. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, vol. 21, n. 3, p. 255-260, 2009.

SCHIRMER, C. R; FONTOURA, D, R; NUNES, M, L. Distúrbios da Aquisição da Linguagem e da Aprendizagem. **Jornal de Pediatria**, [S. l.], v. 80, n. 2, 2004.

SILVA, A. H. P. O Estatuto Da Análise Acústica nos Estudos Fônicos. **Cadernos de Letras da UFF - Dossiê: Letras e Cognição**. n. 41, p. 213-229, 2010.

SILVA, E. A. M. Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Linguagem: A importância de desenvolver a comunicação. **Revista Psicologia e Saberes**, v. 9, n. 18, 2020.

SILVA, L. C. da .; LIRA , K. L. de .; FARIAS, R. R. S. de . *Speech therapy approach in early intervention in children with autistic spectrum disorder: integrative review*. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 15, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.23353. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index>.

php/rsd/article/view/23353. Acesso em: 27 mai. 2022.

SMITH, B. *et al.* *The relationship between sensory sensitivity, food fussiness and food preferences in children with neurodevelopmental disorders.* **Appetite**, [S. l.], v. 150, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104643>.

STRAVOGIANNIS, A. L. **Autismo: um olhar por inteiro.** São Paulo: Literari Books international, 2020.

TAMANAHA, A. C.; CHIARI, B. M.; PERISSINOTO, J. A eficácia da intervenção terapêutica fonoaudiológica nos distúrbios do espectro do autismo. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 552-558, abr. 2015.

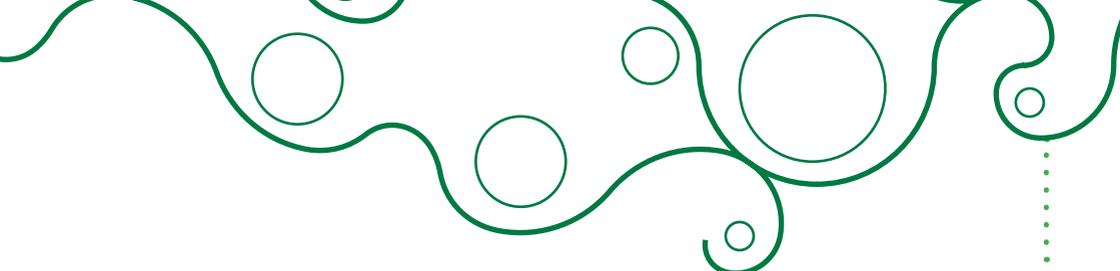
TEIXEIRA, G. **Manual do Autismo.** 2. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2016.

VELLOSO, R. L.; CICUTTI, T. F. **Fonoaudiologia e Transtorno do Espectro do Autismo.** Cap. 4. São Paulo, 2019.

VENTER, A.; LORD, C.; SCHOPLER, E. *A follow-up study of high-functioning autistic children.* **Journal of Child Psychology and Psychiatry.** 1992. p. 489-507.

VIVEIROS, M. A. J. **Desenvolvimento Linguístico no Autismo.** CENTRO DE REFERÊNCIA EM DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM TURMA - VII. São Paulo, 2008.

VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e Linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.



5. ESTILO RESPONSIVO DE INTERAÇÃO E TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: um diálogo no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista.

Mariana Nocrato Moura

Daniela Dias Furlani Sampaio

Arnislane Nogueira Silva

INTRODUÇÃO

O autismo é um transtorno global do desenvolvimento que se manifesta antes dos três anos de idade e se prolonga durante toda a vida. Ele é caracterizado por sintomas que afetam as áreas da socialização, da comunicação e do comportamento, sendo a da socialização a mais afetada. Atualmente, o autismo é denominado como Transtorno do Espectro Autista (TEA), por conta da ampla variação de sintomatologia e graus diferentes de habilidades e dificuldades. Dentre as principais características estão os comportamentos repetitivos, interesses restritos, alterações no desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012).

O estilo responsivo de interação tem como ideal, responder as comunicações e sinais da criança para atender suas necessidades e interesses. Assim, estimulando a comunicação e a interação prazerosa (INSPIRADOS, 2017).

A terapia cognitivo-comportamental tem como princípio básico, a ideia de que a cognição do sujeito ou as interpretações a respeito de cada situação determinam suas emoções e comportamentos, e não uma situação em si. Ela visa à identificação de pensamentos distorcidos, pensamentos automáticos e de crenças disfuncionais, buscando corrigi-los, mudando assim suas emoções e comportamentos (BECK, 2013).

A partir disso, elaborou-se a seguinte questão norteadora: como a terapia cognitivo-comportamental à luz do estilo responsivo de interação, poderá contribuir no desenvolvimento de crianças dentro do Transtorno do Espectro Autista?

Diante disto, o estilo responsivo de interação poderá nortear uma prática mais centrada em atitudes compreensivas e flexíveis, estimulando a criança a ser ativa e estar motivada a interagir socialmente, auxiliando no engajamento da criança no processo psicoterápico e no desenvolvimento de habilidades e metas específicas.

Assim, justifica-se este estudo pela experiência no trabalho com crianças dentro do TEA e pela necessidade de aprofundamento no assunto, pois não há pesquisas relacionando a metodologia responsiva à terapia cognitivo-comportamental.

Logo, este trabalho poderá servir como fonte de pesquisa para comunidade acadêmica, profissional e científica. Assim como para dar margem a novos estudos sobre o tema.

Portanto, este estudo objetiva realizar uma revisão bibliográfica sobre o estilo responsivo de interação e a terapia cognitivo-comportamental no desenvolvimento de crianças dentro do TEA.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, realizada no período de julho a dezembro de 2017.

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é aquela em que é construída a partir de referenciais já existentes. Esta forma de pesquisa dá ao pesquisador a possibilidade de ter contato com o fenômeno a ser estudado de forma mais abrangente do que este poderia ter ao olhar o objeto de pesquisa diretamente.

Já Gil (2008), traz que abordagem qualitativa busca compreender de forma aprofundada um grupo social, uma organização, etc. Esta forma de pesquisa não leva em consideração a representatividade numérica. Ela explica um problema a partir de referências teóricas e se baseia na análise literária já publicada de diversas formas, seja elas de livros, revistas etc.

Utilizando-se dos descritores “Autismo”, “Terapia cognitivo-comportamental”, “Responsividade”, “Interação” e “Lúdico”, pesquisou-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas Bases de dados Scielo, Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) e Biblioteca Aberta do Ensino Superior – Universidade de Aveiro (BAES UA), onde foram encontrados 38 artigos de acordo com os critérios de inclusão, mas somente 14 foram uti-

lizados nesta pesquisa. Como critérios de inclusão elencaram-se artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2002 e 2017, com texto completo e disponível.

Utilizou-se, também, a literatura impressa e como referências principais os autores: Beck (2013), Mahoney e MacDonald (2007) e Inspirados (2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as buscas foram realizadas as discussões acerca da temática que será abordada nos subitens que se seguem.

Transtorno do Espectro Autista

O autismo é um termo utilizado para um conjunto de características derivadas de um desenvolvimento neurobiológico atípico. Entre suas principais características estão: interesses restritos, comportamentos repetitivos, alterações no desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação e processamento sensorial diferenciado (INSPIRADOS, 2017).

Segundo Schwartzman (2010), a primeira descrição deste transtorno foi apresentada pelo psiquiatra Leo Kanner, em 1943, com base em onze casos de crianças que ele acompanhava e que possuíam algumas características em comum, como: incapacidade de se relacionarem com outras pessoas, severos distúrbios de

linguagem e uma preocupação obsessiva pelo que é imutável. Esse conjunto de características foi denominado por ele de autismo infantil precoce.

Kanner (1943 apud SCHWARTZMAN, 2010), deixou claro que, mesmo que as causas para esses comportamentos fossem desconhecidas, acreditava que o ambiente desfavorável fosse o responsável, junto a uma etiologia biológica, pois alguns casos eram tão precoces que não haveria tempo para a interferência do ambiente a respeito da criança. Este mesmo cientista criou o conceito de “mãe geladeira”, quando descreveu o comportamento observado nas mães de crianças com autismo como sendo frio, mecanizado e obsessivo. Durante muito tempo, acreditou-se que a forma como as mães interagiam com essas crianças era a causa para este transtorno. Logo depois, o psiquiatra veio a público para retratar-se por essa consideração.

Um ano após a descrição de Kanner, o pesquisador Hans Asperger, em 1944, publicou uma tese sobre o autismo infantil. Ele fez um estudo observacional com mais de 400 crianças, analisando seus padrões de comportamentos e habilidades. Descreveu um transtorno da personalidade que tinha como características: a falta de empatia, hiperfoco em assuntos de interesse especial e dificuldade na coordenação motora. Esse transtorno ficou conhecido como “Síndrome de Asperger”, logo mais, sendo considerado como uma das características do espectro autista (SILVA; GAIA-TO; REVELES, 2012).

Atualmente, o autismo é referido como Transtorno do Espectro Autista (TEA). O termo “espectro” indica uma ampla variação na sintomatologia e nos graus de potencialidades e

dificuldades. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014), os critérios para diagnóstico do TEA são divididos em: dificuldades na comunicação e interação social, padrões de comportamento e sintomas na infância.

O grau de severidade dos sintomas varia em uma escala de 01 a 03, sendo 01 o grau mais leve e 03 o grau mais grave.

Quando se fala de autismo o que mais é lembrado são as dificuldades e os desafios enfrentados. Mas por que não ver a criança com autismo em sua totalidade, em vez de focar apenas nas suas dificuldades? Ao se falar em uma “criança autista” pode-se pensar em um diagnóstico que define a criança, definindo, assim, toda a sua vida. Mas, ao se falar em uma “criança com autismo”, pode-se pensar no autismo como uma das muitas e variadas características desta criança. Assim, pode-se tentar sair daquele estreito pensamento de dificuldades e lamentações, para o pensamento de uma criança que tem inúmeras características, habilidades e possibilidades, muito além de um diagnóstico. Este pensamento é uma das características da aceitação ativa, uma das perspectivas atitudinais da abordagem responsiva que será discutida no item a seguir.

Estilo Responsivo de Interação

Segundo Cunha (2013), há dois estilos de interação social: o estilo diretivo e o responsivo.

O estilo responsivo de interação tem como princípio responder aos sinais e comunicações da pessoa, respondendo-a de forma positiva e intensa, demonstrando, assim, a função e o poder

da comunicação. Estimula-se a pessoa a ser ativa na interação social e a estar motivada para interagir socialmente, pois se permite a participação dela na interação e a convida, sendo flexíveis aos seus interesses e respondendo às suas iniciativas sociais (INSPIRADOS, 2017).

De acordo com Mahoney e MacDonald (2007), o estilo responsivo de interação auxiliará no desenvolvimento de três grandes áreas. A da cognição: melhorando a capacidade das crianças de perceber, conhecer, fundamentar e fazer escolhas, usando essas capacidades na vida diária; a da linguagem/comunicação: melhorando a capacidade das crianças em se envolverem em conversações, expressando seus sentimentos, suas observações e necessidades; e a do funcionamento socioemocional: melhorando o bem-estar social e emocional, para que se sintam seguras e capazes de se adaptarem à rotina e às interações sociais.

Um estudo da Case Western University, de 2003, com 20 jovens diagnosticados com TEA e seus pais, onde estes receberam intervenção semanal de 8 a 14 meses, apontou que a utilização do estilo responsivo de interação foi fundamental no desenvolvimento de habilidades de comunicação, cognitivas e socioemocionais (MAHONEY; PERALES, 2003).

Há algumas abordagens que utilizam o estilo responsivo de interação, como o Método Hanen, criado pela canadense Ayala Manolson (1977), e a D.I.R.®/ Floortime™, elaborado pelos americanos Stanley Greenspan e Serena Wieder (1990); mas a que será aprofundada neste trabalho será a metodologia criada pela brasileira Mariana Tolezani (2007), fundadora da Inspirados pelo Autismo.

A abordagem interacionista, responsiva, motivacional e lúdica da *Inspirados pelo Autismo* (2007) é uma abordagem inter-relacional, que visa inspirar a pessoa a participar ativamente das relações sociais e ajudá-la, através de interações prazerosas, a desenvolver habilidades cognitivas, motoras, emocionais, sociais e de comunicação. Esta abordagem parte do princípio de que a motivação é a chave para o aprendizado. Por conta disto, utiliza do lúdico e dos interesses das crianças para criar as intervenções, focando, também, nas diversas formas de expressividade.

Esta abordagem é interacionista por valorizar o relacionamento e inspirar a criança a ser ativo na interação social; motivacional por utilizar os interesses motivacionais da criança para ampliar as conexões sociais e fazer as intervenções; e lúdica por utilizar a brincadeira e a ludicidade como um dos vieses de interação e de possibilidade de desenvolvimento (INSPIRADOS, 2017).

Seus pilares se dividem em “atitudinais e estruturais”. Um dos principais pilares atitudinais da abordagem é a aceitação ativa. Este pilar traz a ideia de que a pessoa com autismo tem inúmeras possibilidades e que não é preciso nenhuma mudança para sentir-se feliz junto a ela. Ela traz os princípios de acolhimento, de colocar-se no lugar do outro e da ideia de que todos estão aprendendo e se desenvolvendo, então, “aceitar como a criança se apresenta atualmente e o seu diagnóstico é uma forma de fortalecer o vínculo e ajudar no crescimento desta pessoa, mas sempre a auxiliando a se desenvolver e crescer ainda mais” (INSPIRADOS, 2017, p. 3).

Um dos principais pilares estruturais é o mecanismo de respostas. A abordagem da “*Inspirados pelo Autismo*”, afirma que há dois tipos de situações: uma que é previsível e controla-

da (nossos próprios pensamentos, nossas próprias ações etc.), e a externa à pessoa, imprevisível e que está fora do nosso controle (ações de outras pessoas, eventos naturais etc.). Diante disto, ela traz que a perspectiva diante dessas situações, a forma como se avalia cada situação, muda a resposta e as emoções diante dessa situação. Ou seja, “criam-se pensamentos e crenças diante de cada situação e esses pensamentos e crenças impactam nas emoções e no comportamento” (INSPIRADOS, 2017, p.10). Este modelo assemelha-se um pouco ao modelo cognitivo da terapia cognitivo-comportamental.

Terapia cognitivo-comportamental

No fim da década de 1950 e início da década de 1960, o psiquiatra norte americano Aaron Beck, a fim de confirmar princípios psicanalíticos, conduziu uma pesquisa científica juntamente ao médico psiquiatra A. John Rush. Nesta pesquisa, Beck descobriu que, diferente do que seus estudos anteriores que mostravam que os pacientes depressivos tinham necessidade de sofrer, o que ele via na realidade era diferente. Os sonhos dos pacientes deprimidos apresentavam menos conteúdos de hostilidade e mais temas relacionados à perda, fracasso e privação. Questionando-os no divã, Beck percebeu que eles apresentavam pensamentos negativos e que estes estavam ligados às suas emoções. Diante disto, ele começou a ajudar seus pacientes a identificar, avaliar e responder a estes pensamentos, apresentando melhoras significantes. Em 1977, foi publicado o ensaio clínico controlado randomizado e conduzido por Aaron Beck e A. John Rush, comprovando a efi-

cácia da terapia cognitiva e afirmando que esta seria tão efetiva quanto um antidepressivo comum (BECK, 2013).

De acordo com Lipp (2012), na terapia cognitiva o sujeito atribui significado a pessoas, acontecimentos, sentimentos e demais aspectos de sua vida e, de acordo com esses significados, comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica, podendo chegar a conclusões também variadas, pois cada pessoa terá interpretações diferentes dos fatos.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) usa uma mistura de técnicas e baseia-se na teoria da aprendizagem social. Segundo Friedberg e McClure (2004), a teoria da aprendizagem social investiga como as circunstâncias atuais são afetadas pelo comportamento. Ela parte da ideia de que o comportamento é um fenômeno dinâmico e que há uma relação de reciprocidade entre as características temperamentais, o ambiente e o comportamento situacional de uma pessoa. Logo, os contextos influenciariam o comportamento e o comportamento moldaria o contexto.

Segundo Beck (2013), a TCC segue dez princípios básicos que serão apresentados no quadro abaixo:

Quadro 1 – Princípios básicos da TCC e conceitos.

PRINCÍPIOS DA TCC	CONCEITOS
Conceituação individual de cada paciente	O primeiro princípio é de que a TCC está baseada em uma conceituação individual de cada paciente, sendo esta, uma formulação de desenvolvimento contínuo das dificuldades do paciente. Esta conceituação é nominada de “conceitualização cognitiva” e nela são identificadas suas crenças centrais, regras e estratégias compensatórias atuais. Esta conceituação é dinâmica e pode ser aprimorada durante todo o processo.
Aliança terapêutica	O segundo princípio é de que a TCC requer uma aliança terapêutica sólida, e cabe ao terapeuta demonstrar afeto, empatia, interesse genuíno, atenção e competência, mostrando seu interesse pelo processo e pelas conquistas do paciente, fazendo comentários cuidadosos e resumindo seus pensamentos e sentimentos, além de tentar manter um ponto de vista otimista e bem-humorado. Pedir um feedback para o paciente, no intuito de saber como ele se sente no processo e como ele assimilou o conteúdo da sessão, ajudará na construção de uma aliança terapêutica.
Colaboração e participação ativa do paciente	O terceiro princípio enfatiza a participação ativa e a colaboração. Incentiva a ser um trabalho em equipe, onde em cada sessão paciente e terapeuta decidem juntos o que será trabalhado. Este princípio ajuda a aumentar a motivação do paciente no processo e a começar a pensar em suas dificuldades e em como é possível que ele mesmo possa lidar com elas no futuro.
Focada nos objetivos e dificuldades	O quarto princípio, afirma que a TCC é focada nas dificuldades e orientada para os objetivos. Orientando-se também pelo terceiro princípio, paciente e terapeuta traçam metas e objetivos específicos, traçando um caminho a ser percorrido.

PRINCÍPIOS DA TCC	CONCEITOS
Enfatiza o presente	O quinto princípio enfatiza predominantemente o presente. Na maioria dos casos o foco principal é no momento atual e em situações específicas que causam sofrimento para o paciente. O processo se volta para o passado em duas situações: quando é pedido do paciente e quando estes ficam presos nos seus pensamentos disfuncionais e uma ida ao passado poderá ajudar a modificar esses pensamentos e crenças.
A TCC é educativa	O sexto princípio fala sobre a psicoeducação, enfatizando a importância de ensinar ao paciente como ser seu próprio terapeuta, auxiliando na prevenção de recaída.
Visa ser limitada no tempo	O sétimo princípio é de que a TCC pretende ser limitada no tempo. Com alguns diagnósticos, como depressão e ansiedade, a limitação de tempo costuma ser mais usada, mas em alguns casos, o paciente pode precisar de um tempo maior e, às vezes, indeterminado.
Sessões estruturadas	O oitavo princípio afirma, que as sessões de psicoterapias são estruturadas, aumentando a eficácia do processo. A sessão pode ser estruturada de algumas formas, mas a mais comum é: verificação de humor, verificação da semana e da tarefa de casa, discutir a agenda da sessão, novo exercício de casa, resumo e feedback.
Ensinar aos pacientes a identificar, avaliar e responder crenças e pensamentos	O nono princípio visa ensinar os pacientes a identificar, avaliar e responder suas crenças e pensamentos disfuncionais. Este princípio ocorre durante todo o processo, utilizando-se das técnicas da TCC para auxiliar, como o questionamento sócrático, experimentos comportamentais etc.
Variedade de técnicas	O décimo e último princípio, enfatiza as técnicas que a TCC utiliza para modificar comportamento, pensamento e humor e afirma que as técnicas que o terapeuta escolhe utilizar são pautadas na conceituação do paciente e pelas metas pré-estabelecidas.

Fonte: Autoria própria (2017), segundo Beck (2013).

O Estilo Responsivo de Interação e a Terapia cognitivo-comportamental: um diálogo possível no desenvolvimento de crianças com autismo

A terapia cognitivo-comportamental se baseia no modelo cognitivo. Este modelo afirma que a forma como a pessoa interpreta as situações determina suas emoções, comportamentos e reações fisiológicas. Ou seja, duas pessoas podem passar pela mesma situação e terem respostas fisiológicas, emocionais e comportamentais diferentes, pois a sua percepção diante da situação foi diferente (BECK, 2013).

A abordagem da “Inspirados pelo Autismo”, utiliza-se da mesma ideia como princípio. É explicado que a resposta, comportamento ou atitude que temos diante de uma situação está intimamente ligado ao pensamento e à interpretação que tivemos da mesma. Compreender este modelo facilita o entendimento da aceitação ativa, um dos principais pilares da abordagem (INSPIRADOS, 2017).

Imagina-se a seguinte situação: uma criança com seis anos foi diagnosticada com TEA. Os pais podem ter, no mínimo, duas interpretações. A primeira de que uma pessoa com autismo tem inúmeras dificuldades e que a criança deles nunca se desenvolverá, será dependente para o resto da vida e que todos os sonhos e planos deles foram arruinados. Este pensamento pode ocasionar em ações que não ajudarão no desenvolvimento da criança. Os pais, provavelmente, farão menos tentativas de intervenções, irão a menos profissionais e não se empenharão tanto para ver o crescimento do seu filho, pois não acreditam que ele possa acontecer. A segunda interpretação é a de que uma pessoa com autismo

pode se desenvolver, crescer e que o autismo é apenas uma das características dela, que há muitas outras; que ela tem qualidades e potencialidades que podem ser trabalhadas e que cada criança é única. Nesta situação, os pais, provavelmente, procurarão mais profissionais, ajudarão de forma ativa, criativa e espontânea no crescimento e desenvolvimento do seu filho, sabendo das dificuldades, mas não desistindo, pois o desenvolvimento é possível.

Pensar que as emoções negativas não são erradas, mas que ao ficar presos nelas o desconforto poderá aumentar e isso acarretará na falta de motivação e, conseqüentemente, na dificuldade de tomar atitudes positivas em relação ao tratamento (INSPIRADOS, 2017).

O entendimento do modelo cognitivo e da aceitação ativa é importante tanto na TCC quanto na abordagem responsiva, tanto para pacientes como para pais e outros profissionais, pois o entendimento deste poderá mudar o caminho da terapia e aumentar o vínculo terapêutico e a colaboração ativa do paciente e da família, princípios importantíssimos na terapia cognitivo-comportamental e na abordagem responsiva, já que ambas não trabalham de forma isolada da família.

Pensando na colaboração ativa do paciente e da família, o uso da psicoeducação se faz presente. A abordagem responsiva tem a família como principal fonte de apoio, pois são eles que passam mais tempo com o paciente, eles ditam regras e formam a dinâmica familiar (INSPIRADOS, 2017). Se o terapeuta tiver uma forte aliança com os familiares, psicoeducando-os, os auxiliando, os escutando e os proporcionando uma participação ativa no processo, juntamente a uma equipe multidisciplinar, as chances da pessoa com autismo se desenvolver de forma mais rápida poderão aumentar.

A TCC usa-se de técnicas tanto cognitivas como comportamentais. O terapeuta tem de ficar atento ao desenvolvimento cognitivo da criança para escolher suas estratégias e as técnicas a serem utilizadas. Crianças muito pequenas ou com um desenvolvimento cognitivo aquém, respondem mais eficientemente às técnicas comportamentais (HELDT; ISOLAN; MANSUR; JARROS, 2013).

É importante que o terapeuta cognitivo-comportamental faça um levantamento dos comportamentos que devem ser reforçados, instalados e extintos, pensando na adaptação social e na independência da criança com autismo. A parceria com a família, com a escola e com os outros profissionais que atendem a criança é imprescindível, pois tem de haver uma concordância e uma padronização nestes comportamentos.

Ao adotarmos uma atitude brincalhona, apaixonada e confortável, nós inspiramos as crianças a se sentirem motivadas para se conectarem conosco. Elas sentem-se então inspiradas para brincar, aprender e superar seus desafios. [...] Crianças com autismo que se sentem inspiradas pelas pessoas à sua volta também podem interagir mais e se desenvolver. (INSPIRADOS, 2017, p.24).

As dificuldades existirão, mas utilizando-se dos pilares da abordagem responsiva, como: aceitação ativa, abordagem integrada (interdisciplinaridade), apreciação, perspectiva inspiradora, responsividade, ludicidade, metas, estratégias, proatividade e trabalho em equipe, dentre outras, o processo poderá se tornar mais inspirador, motivador e mais eficaz para as crianças com autismo, para os familiares e para os demais profissionais envolvidos.

CONCLUSÃO

A proposta deste trabalho constituiu em apresentar como o estilo responsivo de interação e a terapia cognitivo-comportamental poderiam contribuir no desenvolvimento de crianças com autismo, através da contextualização do Transtorno do Espectro Autista, da terapia cognitivo-comportamental e do estilo responsivo de interação.

Um dos fatores limitantes foi a dificuldade em encontrar obras que relacionassem aos temas, principalmente, no que se refere aos artigos em português que sobre o estilo responsivo de interação, da terapia cognitivo-comportamental apenas com crianças com autismo.

Foi apresentado o que é o TEA, suas características, critérios diagnósticos e foi lançado um questionamento sobre a forma de ver essas crianças e o impacto que isto tem na vida e no tratamento delas. Foi trazida a história da TCC desde o seu surgimento, seu conceito e seus principais princípios. Sobre o estilo responsivo de interação foi falado sobre a responsividade de forma geral e depois foi focado na abordagem interacionista, responsiva, motivacional e lúdica da Inspirados pelo Autismo, mostrando os principais conceitos dos pilares atitudinais e estruturais.

Diante disto, foi possível constatar que a terapia cognitivo-comportamental pode, sim, ser trabalhada com crianças com autismo e o estilo responsivo de interação tem muito a acrescentar nesta prática, trazendo novas técnicas e um novo olhar sobre o TEA. Portanto, a pesquisa trouxe novas ideias e uma nova visão

de como o TEA pode ser trabalhado e como as crianças dentro do espectro podem se desenvolver de forma grandiosa, se assim for acreditado. A terapia cognitivo-comportamental tem várias ferramentas para ajudar isso acontecer, mas, o que é visto na prática clínica, é o preconceito e a ideia errônea de que, como algumas crianças com TEA são não verbais, a TCC não conseguiria trabalhar. É importante lembrar que, além de cognitivo, a TCC é comportamental e tem, sim, base teórica e prática para trabalhar com essas crianças.

O estilo responsivo de interação ainda é pouco conhecido no Brasil e pode se ver isto pela escassez de material sobre o tema, mas, o pouco material encontrado em português e o material descoberto de outros países, além do conhecimento de aplicação na prática clínica, mostram resultados muito significantes, tanto no desenvolvimento de pessoas com autismo, como no desenvolvimento de profissionais mais capacitados, humanos e cientes das potencialidades e dificuldades do seu paciente.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 992.
- BECK, J. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CUNHA, E. **Autismo na Escola**. RJ: Wak Editora, 2013.
- FRIEDBERG, R.; MCCLURE, J. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- HELDT, E.; ISOLAN, L.; MANSUR, A.; JARROS, R. **Terapia cognitivo comportamental na infância e adolescência**. In: KONKIEWITZL, E. C. (Org.) **Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar**. Dourados: Editora UFGD, 2013.
- INSPIRADOS PELO AUTISMO. **A abordagem interacionista, responsiva, motivacional e lúdica da Inspirados pelo Autismo**. 2008. Disponível em: <<https://www.inspiradospeloautismo.com.br/a-abordagem/>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

INSPIRADOS PELO AUTISMO. Coordenando um programa de desenvolvimento.. In: CURSO SOBRE ABORDAGEM RESPONSIVA, INTERACIONISTA, MOTIVACIONAL E LÚDICA. **Módulo 2**. São Paulo, 2017. p. 03 – 65. Apostila.

LIPP, M. E. N. **Psicoterapias Breves nos diferentes estágios evolutivos**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2012.

MAHONEY, G.; MACDONALD, J. **Autism and Developmental Delays in Young Children: The Responsive Teaching Curriculum for Parents and Professionals**. PRO ED. Austin: TX, 2007.

MAHONEY, G.; PERALES, F. Using relationship-focused intervention to enhance the socio-emotional functioning of young children with autism spectrum disorders. **Topics In Early Childhood Special Education**, Ontario, v. 2, n. 23, p.77-89, 2003.

MANOLSON, A. *It takes two to talk*. A Hanen centre publication. The Beacon Herald Fine Printing Division. Canada: National Library of Canada, 1992. p.1-127

SCHWARTZMAN, J. Autismo e outros transtornos do espectro autista. [Editorial]. **Revista autismo: informação gerando ação**, v. 1, p. 3, set. 2010.

SILVA, A. B. B.; GAIATO, M. B.; REVELES, L. T. **Mundo singular: entenda o autismo**. Rio de Janeiro: Fontanas, 2012.

6. A IMPORTÂNCIA DOS RECURSOS PEDAGÓGICOS PARA A INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DO TEA NA PERSPECTIVA PSICOPEDAGÓGICA

Alany de Oliveira Bezerra Melo

Francisca Nádia Ferreira Rocha

Francimeyre Martins Maropo

Luciana Queiroz Silva Bem Coêlho

INTRODUÇÃO

O presente capítulo trata da utilização de recursos pedagógicos lúdicos, usados como mediação no processo de aprendizagem de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a partir da perspectiva da psicopedagogia.

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição predominantemente genética que afeta o neurodesenvolvimento do sujeito, considerando as questões comportamentais de gravidade variável com padrões repetitivos e restritivos de pensamentos. O diagnóstico diferencial se dá através da avaliação com equipe

multidisciplinar, levando em conta o desenvolvimento da linguagem, a responsividade social e o estado cognitivo. À medida que as terapias vão sendo estabelecidas é natural verificar evolução. Cada sujeito evolui a partir das suas condições peculiares, por vezes, levando-o a estabelecer uma vida funcional, sem necessidade de suporte direto (VALE, MONTEIRO e LIRA, 2018).

O Autismo é uma desordem descrita como persistente e duradoura. São raros os relatos de mudanças no diagnóstico: crianças diagnosticadas como autistas mantêm-se autistas durante a adolescência e a vida adulta. No entanto, ao longo do tempo, o indivíduo com autismo muda seu comportamento e as atipias respectivas podem se atenuar com a idade e o nível de desenvolvimento, dependendo das intervenções educacionais e terapêuticas que receba (PERISSINOTO, 2003, p. 21).

Atualmente, o discurso sobre aprendizagem ainda é muito debatido e analisado, visto que esse assunto é de fundamental importância para o desenvolvimento das crianças e jovens que vivenciam este processo. Considerando que para aprender o sujeito necessita de certas integridades, habilidades e competências básicas; ações adequadas, planejadas e estruturadas devem permear o fazer do sujeito-educador e sua atuação psicopedagógica, pois a aprendizagem é um sistema complexo e inerente à condição humana. Podemos, assim, afirmar que o papel terapêutico do psicopedagogo acontece no âmbito clínico, mas também em todos os espaços da vida em que haja situações de aprendizagem (SAMPAIO e METRING, 2006).

Ao analisarmos esses fatores no sujeito-aprendente com TEA e suas especificidades, a psicopedagogia traz suas contribuições e reflexões acerca do aprender e dos recursos aplicados.

A psicopedagogia busca através das habilidades individuais situações para promoção da aprendizagem. Toda e qualquer aptidão é utilizada como recurso terapêutico. Assim, o interesse por desenhos, músicas e brincadeiras, tornam-se formas de expressão e de interação entre o psicopedagogo e o aprendente. Mas, sobretudo, um recurso importante como incentivador do aprender (SAMPAIO e METRING, 2006).

Sendo então, a aprendizagem um fenômeno relacionado ao comportamento, que passa pela aquisição do conhecimento e, conseqüentemente, por habilidades e valores adquiridos através das experiências emocionais, neuronais, relacionais e ambientais do sujeito.

Assim, o foco do processo de aprendizagem é o ser cognoscente, o sujeito que se volta para realidade e tira dela o saber, ou seja, aquele que busca o conhecimento. Pensamos a partir deste fato, que todo ser tem cognição, ou seja, capacidade para adquirir e processar conhecimento; no entanto, tais competências necessitam ser estimuladas e adequadas ao sujeito-aprendente, considerando todos os aspectos que envolvem a aprendizagem do mesmo (VYGOTSKY, 2003; BASTOS e PEREIRA, 2003; GAMEZ, 2013).

Para isso o psicopedagogo tem como papel fundamental elaborar e investigar recursos apropriados, que favoreçam o exercício do aprender, tendo em vista os muitos fatores preocupantes que acompanham os familiares e educadores, que no de-

sejo de ver as evoluções do sujeito-aprendente buscam diversas alternativas e métodos de ensino.

Existem muitos métodos e meios para desenvolver os processos do aprender, não vamos aqui especificar ou exemplifica-los, o intuito apresentado aqui é ampliar o olhar e o fazer psicopedagógico no TEA, os recursos lúdicos utilizados no espaço clínico, a atuação multidisciplinar, que se cerca de disciplinas teóricas com bases orgânicas, psicológicas e sociais, sabendo que o exercer psicopedagógico se dá entre o sujeito-aprendente e ensinante, que busca a construção do conhecimento (DAMIÃO, 2005).

Aprender é um processo que envolve complexas estruturas neurofisiológicas, neuropsicológicas, ao qual o sujeito-aprendente se insere ou é inserido com intuito de avançar e se desenvolver no campo da aprendizagem. Podemos, assim, questionar e também analisar quais meios são adequados ao aprendizado deste público? Pensando assim, a psicopedagogia percebeu a riqueza do recurso pedagógico lúdico como ferramenta de estímulo à aprendizagem e ao desenvolvimento das crianças e jovens com TEA (DAMIÃO, 2005).

UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS PEDAGÓGICOS

O recurso pedagógico atua na intermediação do processo de ensino-aprendizagem, o que auxilia a superar as dificuldades de quaisquer conteúdos. O principal objetivo dos recursos pedagógicos é permitir que o processo ocorra de maneira mais natu-

ral, ou seja, é uma forma de facilitar a troca de conhecimento por meio de algumas ferramentas (CUNHA, 2015).

Utilizar tais recursos no processo é importante para que o sujeito assimile o conteúdo trabalhado, desenvolvendo o cognitivo, a criatividade, coordenação motora e habilidade de manusear objetos diversos que poderão ser utilizados. Com o passar do tempo, os recursos pedagógicos foram se atualizando e se renovando de maneira a atender as necessidades para construção de conteúdos mais lúdicos e interativos. “O bom material leva o aprendiz a exibir comportamentos e habilidades que vão variando até atingir desempenhos mais refinados”. (CUNHA, 2015, p. 64)

Voltando para o significado das palavras ‘recurso’ e ‘pedagógico’, percebemos que o primeiro, dentre outras definições, seria um meio para resolver um problema; remédio, solução; auxílio, ajuda, socorro, proteção (FERREIRA, 2004). O termo pedagógico, por sua vez, remete ao que possui características ou finalidades educativas que visem assegurar a adaptação recíproca do conteúdo informativo aos indivíduos que se deseja formar (HOUAISS, 2001).

Entre os educadores que desenvolveram materiais para o trabalho pedagógico, podemos lembrar Froebel (1782-1852) e incluir também a médica italiana Maria Montessori (1870-1952).

Os materiais pedagógicos - que podemos chamar de “materiais de construção do conhecimento” - adquirem grande importância na educação em casos de autismo. Um exemplo são os materiais montessorianos de encaixes geométricos, que são articulados em ordem de tamanho, espessura e peso. (CUNHA, 2015, p.64)

Os materiais pedagógicos criados pelos autores supracitados têm a finalidade de propiciar às crianças a aprendizagem a partir de experiências concretas, são conhecidos e utilizados nos atendimentos multidisciplinares favorecendo o desenvolvimento social, emocional e intelectual do sujeito. São peças de encaixe, blocos geométricos, bolas de madeira, cordões, que permitem fechar, abrir, amarrar, empilhar, comparar, categorizar tamanhos e formas, etc.

O LÚDICO COMO RECURSO PEDAGÓGICO

O psicopedagogo utiliza-se da brincadeira e dos jogos para elaborar uma experiência lúdica, que desenvolve a superação das dificuldades de aprendizagem e que através do “brincar” estimula as potencialidades de cada ser, independente das dificuldades ou necessidades educativas específicas (DAMIÃO, 2005).

Entendemos como recurso pedagógico materiais, objetos e situações que promovem aprendizagem, sejam em situações formais ou informais. Dessa forma, os recursos lúdicos auxiliam nesse processo desde que sua utilização esteja baseada em um planejamento que se adequa às demandas apresentadas pelos sujeitos.

De acordo com Maluf (2012, p. 21):

São lúdicas as atividades que propiciam a experiência completa do momento, associando o ato, o pensamento e o sentimento. A atividade lúdica pode ser uma brincadeira, um jogo, ou qualquer outra atividade que vise proporcionar a interação. Porém, mais importante do que o tipo de atividade

lúdica é a forma como ela é dirigida e vivenciada, e o porquê de sua realização.

Nesse contexto, podemos afirmar que atividades lúdicas deveriam ser aplicadas de forma essencial no planejamento terapêutico, pois o brincar é de fundamental importância para o desenvolvimento integral do sujeito, sendo assim, atividades prazerosas permitem que o sujeito se comunique através do brincar tornando-se um ser operativo.

Kishimoto (1997), afirma que o brincar tem duas funções: a lúdica e a educativa. A lúdica propicia a diversão, o prazer e a disputa, e a educativa ou pedagógica ajuda o sujeito a transformar o brinquedo em saber, seus conhecimentos e sua compreensão do mundo.

O jogo pedagógico é um instrumento potencializador do processo de ensino-aprendizagem, bem como um propulsor do estímulo e da motivação do ato de aprender, do percurso psicopedagógico. A intervenção do psicopedagogo é fundamental no desenvolvimento de atitudes, compreensão e aceitação para que ocorram cooperação e respeito mútuo, segundo Lima (1984).

Sendo assim, cabe ao profissional organizar situações de interações sociais, respeitando o estágio de desenvolvimento da criança com TEA. Para tanto, é preciso conhecer bem suas condições restritivas e suas potencialidades.

A participação em jogos contribui para a formação de atitude social, respeito mútuo, cooperação, amizade, respeito para consigo, obediência às regras, senso de responsabilidade e, principalmente, iniciativa pessoal e grupal. Jogar significa alegria, divertimento, entusiasmo, confiança, aprendizagem e desenvolvimento.

Dessa forma Vygotsky (1997, p. 44) vê o jogo:

É brincando que a criança reorganiza suas experiências. Oferecer oportunidade da criança brincar é criar espaços para a construção do conhecimento. Brincando, a criança aprende a lidar com as emoções, equilibra as tensões provenientes de seu mundo cultural, constrói sua individualidade, identidade e personalidade. Preenche as necessidades que mudam de acordo com a idade e a maturação.

O processo de aprender por meio do lúdico é uma ação adaptativa que ao se desenvolver, criam-se estruturas que vão se transformando em novos eixos, através do qual o organismo incorpora os elementos existentes neles. O organismo não incorpora esses elementos passivamente, nem na forma como eles se apresentam, mas de acordo com as características do indivíduo. É na função mental, na qual a imagem psíquica se forma que surgem os estágios de aprendizagem.

Através do brincar, há um espaço simbólico favorável onde transitam as experiências do mundo interno e externo do sujeito, construindo um ambiente de aprendizagem.

A partir dessa análise teórica, o nascimento do jogo é visto por Piaget (1964), como a gênese da imitação, a qual não se sustenta sobre nenhuma técnica instintiva ou hereditária, isto é, a criança aprende a imitar como qualquer outra aprendizagem. Estas aquisições se encontram existentes exatamente para que ela, mediante o lúdico, possa superar os entraves ou as dificuldades que a impedem de aprender.

Dessa maneira, o jogo é um instrumento facilitador para construção de novas ideias, assimilações e conceitos. Proporciona à criança adquirir o domínio da comunicação com os outros.

Vygotsky (1997) nos informa sobre os aspectos cognitivos do jogo, dizendo que existem no uso dos jogos dois aspectos principais: um referente à afetividade expressa durante a ação e outro referente aos aspectos cognitivos, no qual o jogo proporciona avanços nos processos de aprendizagem e desenvolvimento. Assim, iremos enfatizar no momento o aspecto cognitivo do jogo, embasado no referencial teórico de Vygotsky (1997).

O desenvolvimento da espécie humana está baseado no aprendizado que, para Vygotsky (1997), sempre envolve interferência direta ou indireta, de outros indivíduos e a reconstrução pessoal da experiência e dos significados.

Vygotsky (1997) dedicou-se a estudar o que chamamos de funções psicológicas superiores ou processos mentais superiores, isto é, aquelas funções mentais mais complexas, típicas do ser humano, que envolvem o controle consciente do comportamento, como percepção, atenção e memória, que não estão presentes no ser humano desde o seu nascimento (as outras funções psíquicas elementares são aquelas que representam os mecanismos mentais mais simples, como as ações reflexas, as reações automáticas ou os processos de associação simples).

Conforme aponta Rego (2000), Vygotsky (1997) se dedicou ao estudo das chamadas funções psicológicas superiores, que consistem no modo de funcionamento psicológico tipicamente humano, tais como: a capacidade de planejamento, memória vo-

luntária, imaginação, etc. Estes processos são considerados sofisticados e “superiores”, porque se referem a mecanismos intencionais, ações conscientes controladas, processos voluntários que dão ao indivíduo a possibilidade de independência em relação às características do momento e espaço presente.

Muitos de seus conceitos são importantes para o desenvolvimento da aprendizagem humana e, conseqüentemente, muito contribuíram para a educação, enriquecendo as práticas pedagógicas.

O LÚDICO NA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA DO SUJEITO COM TEA

A avaliação psicopedagógica, consiste em analisar como se encontra a aprendizagem do sujeito. Quais habilidades e conceitos já adquiridos, como também, situações que necessitem de intervenção para que a aprendizagem ocorra de forma satisfatória, considerando idade, condições cognitivas, motoras, emocionais e estímulos sociais que tenha recebido durante a vida.

Diante disso, para identificarmos a hipótese de autismo, utilizamos escalas e protocolos não restritos que mensuram de forma qualitativa e quantitativa as condições de aprendizagem do sujeito e nos orientam, enquanto profissionais da aprendizagem, a observar indicadores comportamentais e o funcionamento das habilidades emocionais, sociais e cognitivas que possam conduzir o sujeito a uma aprendizagem funcional. A avaliação psicopedagógica é parte de um todo, é necessário que profissionais de outras áreas que compõem a equipe multidisciplinar realizem suas avaliações para

que se constitua uma rede de informações a fim de se construir um diagnóstico, junto com o parecer médico (GOMES, 2018).

Existem escalas e testes padronizados que servem como suporte para a avaliação da hipótese diagnóstica de autismo, estas escalas orientam o acompanhamento e a evolução do sujeito também durante o processo de intervenção psicopedagógica. Onde podemos estabelecer um parâmetro sobre o que o aprendente vem alcançando a partir dos estímulos recebidos.

Segundo Ferrari (2012), as escalas mais utilizadas são:

ADI-R – *Autism Diagnostic Interview / Entrevista Diagnóstica de Autismo* (M.Rutter, 1989) - entrevista realizada com os pais, a qual considera a história do desenvolvimento da criança;

ADOS/PL-ADOS (C. Lord, 1989) *Autism Diagnostic Observation Schedule/Tabela de Observação para o Diagnóstico de Autismo*, a qual propõe à criança situações lúdicas padronizadas;

Escala CARS (Schoppler, 1980) – *Children Autistica Rating Scale / Escala de Avaliação de autismo Infantil*, avalia a sintomatologia autística a partir da observação da criança;

Escala Vineland (Sparrow, 1986) - *Échelle d'Evaluation Résumée du Comportamen tAutistique*, uma entrevista semiestruturada aplicada aos pais, a partir do exame padronizado das competências e do nível de atividade da criança no meio familiar.

A sondagem da aprendizagem da pessoa com autismo segue, de forma sistemática, a condição específica do sujeito a partir da utilização das escalas já citadas e segue com a utilização de outros protocolos utilizados por psicopedagogos, tais como:

IAR - Instrumento para Avaliação do Repertório Básico para Alfabetização que avalia o repertório comportamental, no que diz respeito aos pré-requisitos fundamentais para a aprendizagem da leitura e escrita em crianças de 5- 6 anos (LEITE, 1969);
POP-TT - Protocolo de Observação Psicomotora, avalia o desenvolvimento psicomotor dos 04 aos 12 anos (BORGHI e PANTANO, 2010);
Prova de Pré-cálculo, avalia os pré-requisitos para execução do cálculo dos 04 aos 07 anos (SCHMIDT e MILICIC, 1988);
TDE II - Teste de Desenvolvimento Escolar, avalia estratégias promotoras da leitura, escrita, raciocínio lógico e cálculo no 9º ano do ensino fundamental (MILNITSKY, GIACOMONI e FONSECA, 2019).

A trajetória da avaliação psicopedagógica continua a partir da utilização do lúdico, pois são recursos indispensáveis para o processo de aprendizagem, propiciam a obtenção de informações em âmbitos mais amplos, que alcançam para além do que as escolas nos apresentam. Pode-se observar através do lúdico, o vínculo que o sujeito mantém com a aprendizagem formal e informal, o ritmo do seu desenvolvimento, os comportamentos numa perspectiva individual e coletiva e o manejo como se relaciona com os recursos, se os mesmos têm função distratora ou estimuladora. E, ainda, por meio do lúdico o sujeito entra em contato com o ambiente, explora suas competências, a autonomia, e suas emoções.

Segundo Maluf (2012, p. 45):

As atividades lúdicas planejadas devem fundar-se nas necessidades e interesses das crianças, pois elas são insaciáveis para descobrir, conhecer e indagar. As crianças interam-se rapidamente e anseiam por expor sua desenvoltura.

Os recursos lúdicos podem está presentes na avaliação, como também na intervenção psicopedagógica. WEISS (2002, p. 73) justifica: “a sessão lúdica diagnóstica distingue-se da terapêutica, porque nessa o processo de brincar ocorre espontaneamente, enquanto que na diagnóstica há limites mais definidos”. A partir de uma avaliação bem fundamentada, podemos planejar a intervenção com estratégias específicas de acordo com a necessidade de cada sujeito.

Assim, o lúdico estimula à criatividade, o desenvolvimento das habilidades cognitivas, a harmonia entre ensinar e aprender, além de impulsionar a resolução de conflitos pessoais e percepção dos seus limites. A evolução do sujeito também é percebida através do brincar e da relação que ele estabelece com os recursos lúdicos.

De acordo com Acampora (2016, p. 23):

Jogando ou brincando, o ser humano enriquece o número de experiências e descobertas, melhora o relacionamento com a família, sua sociabilidade, se desenvolve, se aproxima dos outros. Faz amigos, aprende a compartilhar e a respeitar o direito dos outros e as normas estabelecidas pelo grupo.

Brincando e jogando, as crianças podem trazer desafios e questionamentos para que elas próprias possam resolver ou responder, possibilitando assim, a construção de hipóteses de soluções para os problemas existentes (ALVES e BIACHIN, 2020; ACAMPORA, 2016).

Tal construção acontece pelo fato do pensamento da criança se desenvolver a partir de suas ações no meio, tendo o jogo, a brinca-

deira como meios de testar hipóteses, de explorar toda a sua criativa. Os jogos não são somente uma forma de se divertir, é através dos jogos que há o enriquecimento e a fomentação do desenvolvimento intelectual. É o momento de desenvolvimento do raciocínio e da construção de conhecimentos, de experimentação, de transição entre o mundo interno e externo (MARTINS, COSTA e SOUZA, 2020).

Afonso (2012 p. 31) afirma que, “crianças que não brincam ou são raramente tocadas, desenvolvem cérebros 20 a 30% menores do que o normal para a idade. Privação do brincar resulta em comportamento aberrante”.

Portanto, é brincando que a criança aprende, é brincando que ela se relaciona com o mundo, é brincando que ela se desenvolve, é por meio do brincar que ela dar significa o seu mundo.

CONCLUSÃO

O atendimento psicopedagógico centrado na aprendizagem e com suporte instrumental do recurso lúdico, tem o caráter avaliativo e terapêutico-interventivo. Alternar o uso de escalas, testes e protocolos com o lúdico, permite ao profissional olhar para o sujeito aprendente de forma holística. O lúdico, utilizado na avaliação psicopedagógica, permite que o sujeito expresse suas demandas simbólicas através da subjetividade, não estando previsto a mediação do profissional neste processo. Já nas sessões de intervenção onde se utiliza o lúdico, por vezes, é necessário o intermédio do psicopedagogo para que se atinjam as propostas traçadas no plano terapêutico individualizado.

Ao utilizar o recurso lúdico no atendimento psicopedagógico se pretende ver além do que é proposto, pois se desenvolvem habilidades e estimulam-se potenciais. A liberdade de brincar favorece o vínculo com a aprendizagem, podendo desenvolver as condições cognitivas, motoras, pedagógicas e emocionais necessárias para o aprender. Diante do lúdico, o aprendente naturalmente se expressa, pois é prazeroso e não teme ser condenado pelo erro. No brincar, tudo é permitido, até mesmo aprender!

REFERÊNCIAS

ACAMPORA, B. **Intervenção Psicopedagógica com Práticas de ludoterapia e arteterapia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2016.

AFFONSO, R. M. L. (Org.). **Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ALVES, L.; BIANCHIN, M. A. O jogo como recurso de aprendizagem. **Revista de Psicopedagogia**, São José do Rio Preto, vol. 27, n. 83, p. 282-287, 2010.

BORGHI, T.; PANTANO, T. **Protocolo de Observação Psicomotora (POP-TT): relações entre aprendizagem, psicomotricidade e as neurociências**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010.

E SILVA BASTOS, I. M.; REGINA PEREIRA, S. A Contribuição de Vygotsky e Wallon na compreensão do desenvolvimento infantil. **Revista Linhas, Florianópolis**, v. 4, n. 1, 2007.
Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1206>. Acesso em: 25 maio. 2022.

LORD, C. *et al.* *Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior*. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 19, n. 2, p. 185–212, 1989.

CUNHA, E. **Autismo e Inclusão - Psicopedagogia**

e práticas educativas na escola e na família. 6. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2015.

DAMIÃO, H. A “vivência dos alunos” como condição de Formação Cívica: tópicos para reflexão. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, Coimbra. v. 39, n. 2, p. 355-364, 2005. ISSN 972-44-1214-8.

FERRARI, P. **Autismo Infantil o que é e como tratar**. 4. ed. São Paulo: Paulinas, 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Opeg Sistemas Reprográficos e de Ensino, 2004.

GAMEZ, L. **Psicologia da educação**. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GOMES, I.M.M, SÁ F.E. Conhecimento de professoras e auxiliares de creche filantrópica sobre sinais do transtorno do espectro autista. (Graduação em Fisioterapia) -**Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza.2018.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KISHIMOTO, T. M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e educação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LE COUTEUR, A. *et al.* **Autism diagnostic interview: a standardized investigator - based instrument**. *Journal of Autism*

and Developmental Disorders, v. 19, n. 3, p. 363 - 387, 1989.

LEITE, S.A.S. **IAR - Instrumento Para a Avaliação do Repertório Básico**. Para a Alfabetização Manual de Aplicação e Avaliação. 3. ed. São Paulo: Edicon, 1969.

LEITE, S.A.S. **Preparando a alfabetização**. 4. ed. São Paulo: EDICON, 2015.

LIMA, L. O. **A construção do homem segundo Piaget**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1984.

MALUF, A. C. M. **Atividades lúdicas para educação infantil**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012a.

MALUF, A. C. M. **Brincar: Prazer e Aprendizado**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012b.

MARTINS, M. H.; COSTA, T. C.O.; SOUZA, K. C. R. A importância dos jogos e das brincadeiras na educação infantil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. 11. ed. v. 18, p. 101-114, nov. 2020.

METRING, R. A.; SAMPAIO, S. (Org.) **Neuropsicopedagogia e Aprendizagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2016. v. 1. 215p .

MILICIC, N; SCHMIDT, S. **Manual da Prova da Pré-Cálculo**. [S.l]: Enelivros, 1988.

MILNITSKY, L.; GIACOMONI, C. H.; FONSECA, R. P. **TDE II - Teste de Desempenho Escolar**. 2.ed. São Paulo: Vetor, 2019.

PERISSINOTO, J. **Conhecimentos essenciais para atender bem**

a criança com autismo. 1. ed. São José dos Campos: Pulso, 2003.

PIAGET, J. A. **A formação do símbolo da criança:** imitação, jogo e sonho, imagem e representação. 3. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1964.

REGO, T. C. **Vygotsky:** uma perspectiva histórico-cultural da educação. 10^a ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.; RENNER, B. R. **The Childhood Autism Rating Scale (CARS).** Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

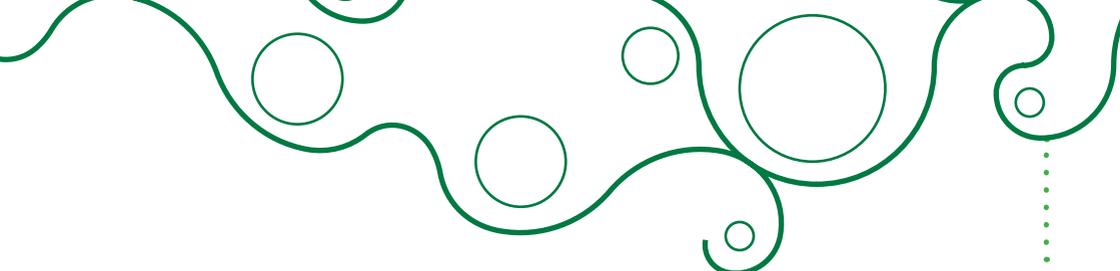
SPARROW, S.; BALLA, D.; CICHETTI, D. **The Vineland Adaptive Behavior Scales.** Circle Pines: American Guidance Service, 1984.

VALE, E. A. S.; MONTEIRO, J. H. S.; LIRA, M. V. **Guia de informações sobre transtorno do espectro autista [TEA].** Fortaleza: INESP, 2018. 87p.

VYGOTSKI, L. S. **Fundamentos de Defctologia:** *Obras Escogidas V.* Madri: Visor, 1997.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente.** 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WEISS, M. L. L. **Psicopedagogia Clínica:** uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.



7. A TERAPIA OCUPACIONAL E O ATENDIMENTO COM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Ana Irene Alves de Oliveira

Danielle Alves Zaparoli

Minuchy Mendes Carneiro Alves

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), conhecido como um transtorno do desenvolvimento é uma condição crônica que se manifesta precocemente e que afeta o desenvolvimento global da criança. Essa condição causa prejuízo funcional na vida dos indivíduos acometidos e é caracterizado pela tríade diagnóstica: desordem do comportamento social, fragilidade na comunicação verbal e não verbal e presença de movimentos estereotipados. Os déficits de interação social merecem destaque, entre eles, limitação no contato visual, dificuldade em interpretar gestos e expressões faciais, problema para iniciar e manter a comunicação verbal e não verbal e falha na empatia (APA, 2014; GOULART *et al.*, 2015).

Para corroborar, de acordo como é classificado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM–V), TEA é um transtorno de neurodesenvolvimento marcado por comprometimentos nas habilidades de comunicação, interação social e de comportamento, apresentando níveis de comprometimento, classificados em leve, moderado e severo. Estes comprometimentos afetam tanto o indivíduo com TEA, quanto aos seus cuidadores (APA, 2014; PINTO RNM, *et al.*, 2016; CEZAR M, 2017).

As intervenções multiprofissionais com esse público devem ser direcionadas por ações mais amplas, propiciando ambientes físicos e sociais mais acessíveis, inclusivos e de apoio. Os cuidados em saúde devem estar articulados e associados com a proteção social, educação, lazer e cultura, sob o ponto de vista do cuidado biopsicossocial, fomentando a autonomia e independência nas atividades da vida diária. Com a abordagem precoce e um programa de acompanhamento, assim como de estimulação clínico-terapêutica realizada pela equipe multiprofissional, objetiva minimizar os déficits neurológicos e melhorar as habilidades cognitivas, sociais e afetivas de crianças que apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2016).

A organização de diferentes profissionais que constituem o atendimento multiprofissional facilita para a aplicação de intervenção precoce, pois essa pluralidade permite avaliar diversas áreas do desenvolvimento infantil, garantindo melhor qualidade de vida às crianças. Desta forma, o trabalho em equipe multiprofissional possibilita uma maior qualidade de vida da criança com TEA, potencializando o cuidado integral e o processo de reabilitação. A definição do diagnóstico por si só, não da conta de todas as demandas que

esta criança em acompanhamento necessita para melhorar o seu desenvolvimento e a sua interação com o mundo. É preciso reconhecer as potencialidades que determinam cuidados específicos e singulares para esse contexto. Portanto, é necessária uma atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2015).

Este estudo objetiva discutir a importância da Terapia Ocupacional (TO), sob a ótica do acompanhamento multiprofissional, para ampliação das capacidades funcionais da criança nos vários níveis de desenvolvimento.

A TERAPIA OCUPACIONAL NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A Terapia Ocupacional (TO) vem atuando em diversas áreas e com ênfase no campo educacional, observa-se que evoluiu bastante quando ocorreu a Educação Especial, com o olhar voltado exclusivamente a indivíduos com deficiências em instituições educacionais especializadas, segregadas da rede regular de ensino. Atualmente, a TO pode atuar de **várias** maneiras no campo da educação inclusiva, oferecendo suporte a alunos e professores, com ações de consultoria colaborativa, confecções de adaptações, elaboração de atividades, facilitando o acesso de alunos com deficiência, realizando adequações do ambiente físico, mobiliários e em equipamentos da escola. Pode também atuar na introdução da tecnologia assistiva, comunicação alternativa, ampliação do entorno social, autonomia do indivíduo, melhora na qualidade de vida, e realizar encaminhamentos de saúde ou reabilitação quando necessário (SOUTO; GOMES; FOLHA, 2018).

O objetivo principal do Terapeuta Ocupacional no tratamento do TEA é contribuir para a melhoria da qualidade de vida, seja no ambiente escolar ou no ambiente familiar, auxiliando no diagnóstico e construindo intervenções voltadas para as especificidades do sujeito. Estes profissionais propõem-se a auxiliar nos vários aspectos comportamentais e cognitivos, favorecendo melhorias nas habilidades, para que indivíduos com TEA possam chegar a sua independência (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Observa-se, que no Transtorno do Espectro Autista (TEA) existem comprometimentos qualitativos no desenvolvimento, bem como a presença de comportamentos estereotipados e de um repertório restrito de interesses e atividades, sendo que os sintomas nessas áreas, quando tomados conjuntamente, devem limitar ou dificultar o funcionamento diário do indivíduo (APA, 2013). É uma condição que tem início precoce e cujas dificuldades tendem a comprometer o desenvolvimento do indivíduo, ao longo de sua vida, ocorrendo uma grande variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia, nas áreas que definem a sua diagnóstico. Atualmente, o TEA é compreendido como uma síndrome comportamental complexa, que possui etiologias múltiplas, combinando fatores genéticos e ambientais (RUTTER, 2011).

No entanto, o recente avanço do conhecimento relativo à plasticidade cerebral aliado aos dados científicos, propicia meios para detecção cada vez mais precoce de comportamentos descritos como pertencentes ao TEA. Nessa perspectiva, as intervenções têm como objetivo alterar e, possivelmente, interromper em níveis iniciais, a instalação dos sinais, atuando precocemente, para possivelmente minimizar as sequelas deste transtorno. Dessa forma, se

foca no contexto social da criança, priorizando as interações diádicas (pessoa-pessoa) e triádicas (pessoa-objeto-pessoa). Paralelamente a isso, volta-se ao aspecto da integração sensorial (AYRES, 1972), e por fim, ao aspecto da realização de atividades instrumentais da vida diária com maior autonomia e melhor funcionalidade.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2014), a investigação e identificação do TEA devem pautar-se em critérios diagnósticos:

Quadro 1:

Inabilidade persistente na comunicação social, manifestada em déficits na reciprocidade emocional e nos comportamentos não verbais de comunicação usuais para a interação social.
Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividade, manifestados por movimentos, falas e manipulação de objetos de forma repetitiva e/ou estereotipada, insistência na rotina, rituais verbais ou não verbais, inflexibilidade a mudanças, padrões rígidos de comportamento e pensamento; interesses restritos e fixos com intensidade; hiper ou hipo atividade a estímulos sensoriais.
Os sintomas devem estar presentes no período de desenvolvimento, em fase precoce da infância, mas podem se manifestar com o tempo conforme as demandas sociais excedam as capacidades limitadas.
Os sintomas citados, anteriormente, causam prejuízo significativo no desempenho social, acadêmico, profissional e outras áreas importantes ao indivíduo.

Ressalta-se que cada pessoa tem suas individualidades, habilidades, dificuldades e contextos que influenciam a sua aprendizagem. Portanto, partimos do pressuposto que as crianças com TEA se comunicam, aprendem e evoluem, conforme ritmos, níveis, processos e intervenções diferenciadas.

A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

A intervenção da terapia ocupacional em pessoas com TEA é um tema bastante extenso, complexo e envolve vários aspectos. Portanto, não há respostas absolutamente prontas, corretas, adequadas e aplicadas comuns a todos os casos, isto é, cada caso se refere a um indivíduo com suas peculiaridades, bem como seu contexto ambiental e seu desenvolvimento de forma geral. Logo, as possíveis soluções, estratégias de intervenção ou dicas sobre como atuar com pessoas com TEA devem ser apresentadas, considerando diversos aspectos de variação clínica, comportamentais e contextuais.

Diante disso, se apresenta algumas formas de intervenção da TO em crianças com TEA que, por sua vez, serão divididas didaticamente em três categorias: 1) Intervenção no contexto social da criança, priorizando as interações diádicas (pessoa-pessoa) e triádicas (pessoa-objeto-pessoa); 2) Intervenção com base na Integração Sensorial; e, 3) Intervenção com foco na realização de atividades do cotidiano diário com melhor autonomia e funcionalidade, envolvendo nesse aspecto a comunicação e a escolaridade, melhor descritas a seguir.

1) Intervenção no contexto social da criança, priorizando as interações diádicas (pessoa-pessoa) e triádicas (pessoa-objeto-pessoa)

Ao abordar as práticas e atuação do T.O na reabilitação de pessoas com TEA, Tomchek *et al.*, (2017), utilizaram um perfil

sensorial a fim de avaliar sua sensibilidade sensorial e a evitação social. Através de suas práticas, focaram na atividade centrada no cliente, assim favorecendo os resultados positivos e desenvolvendo habilidades no cliente. Costa e Pfeifer (2016) descrevem o processo de intervenção terapêutica ocupacional por meio da terapia de integração sensorial, evidenciando que o terapeuta organiza a oferta sensorial adequada ao perfil da criança, gerenciando um equilíbrio entre a demanda sensorial, liberdade de escolha e a necessidade individual, ajustando assim o desafio de modo a promover a resposta adaptativa, com o objetivo de atingir as suas necessidades específicas, destacando-se entre seus objetivos terapêuticos: o desempenho funcional, as capacidades de autorregulação e as habilidades sensório-perceptivo-motoras.

Como os contextos naturais de interações são imprescindíveis para que a criança se comunique, a família é um dos principais fomentos do desenvolvimento da sua criança. Ela é considerada o apoio fundamental para que a criança interaja e se comunique através dos mais variados contextos de interações, seja na hora do banho, a de brincar, ou mesmo a hora das refeições. O importante é que a criança desenvolva os seus comportamentos de modo espontâneo, flexível e natural (PRIZANT, WETHERBY, & RYDELL, 2000).

Na abordagem desenvolvimentista, o conhecimento a respeito do desenvolvimento infantil típico é considerado como o orientador para compreensão do desenvolvimento da criança com TEA, de modo a garantir uma melhor evolução e prognóstico.

Segundo Leal, Gradim e Souza *et al.*, (2020), em práticas vivenciadas, mostrou que as intervenções grupais com atividades lúdicas, baseadas nos instrumentos e abordagens utilizadas

no programa, beneficiaram as crianças com TEA na aquisição de habilidades sociais e diminuição de déficits pessoais, além de ter possibilitado a construção de amizades entre as crianças e fortalecendo o vínculo com os familiares e profissionais, sendo um avanço muito importante para uma nova rotina ocupacional.

A intervenção deve partir de um planejamento totalmente individualizado, incluindo a avaliação dos marcos do desenvolvimento da criança e dos diversos contextos nos quais a mesma venha a estar inserida. Para tal, há uma ênfase no desenvolvimento dos comportamentos comunicativos, da atenção compartilhada, sistemas simbólicos e a identificação de possíveis alterações sensoriais da criança, que podem prejudicar o foco de sua atenção para as interações, além de oferecer o suporte adequado à família e a todas as pessoas envolvidas no cuidado da criança, de modo a capacitá-las a estimular essa criança a interagir, a se comunicar, a ser mais autônoma e independente na execução de suas atividades instrumentais da vida diária, pois a criança com TEA precisa se envolver em interações afetivas com os seus cuidadores. Afinal, todas as áreas do desenvolvimento infantil estão inter-relacionadas. Dessa forma, a partir das interações com as pessoas, a criança com TEA pode ser estimulada a se comunicar, solucionar problemas, desenvolver-se, compartilhar significados sociais, palavras e conectar ideias, ou seja, todas as áreas necessárias para o seu desenvolvimento global (FIORE-CORREIA & LAMPREIA, 2012).

Conforme Fiore-Correia & Lampreia (2012), existem dois principais programas dentro da perspectiva da abordagem desenvolvimentista e o Terapeuta Ocupacional pode utilizar como base para a sua intervenção: *Modelo SCERTSe DIR*.

.Modelo SCERTS (*Social Communication, Emotional Regulation, Transactional Supports*)

É uma abordagem abrangente e multidisciplinar terapêutica/educacional para melhorar a comunicação e as habilidades socioemocionais de crianças desde a intervenção precoce até os primeiros anos de escola. O modelo prioriza a *comunicação social*, a *regulação emocional* e o *suporte transacional*, como as principais dimensões de desenvolvimento que devem ser abordadas em uma intervenção abrangente e planejadas para apoiar o desenvolvimento de crianças com TEA. Como o modelo aborda os déficits básicos ou os desafios do TEA, ele pode ser aplicado de forma flexível a uma variedade de crianças com graus variados de dificuldades (ou seja, de leve a grave) nas capacidades cognitivas, comunicativas, de processamento sensorial e regulatório (PRIZANT *et al.*, 2003).

. DIR (*Developmental individual-difference, relationship-based model intervention program*)

Caracteriza-se como um programa de intervenção que se baseia no relacionamento, na individualidade e nas diferenças de cada criança, costumando ser aplicado, assim que os primeiros sinais do transtorno são identificados. O DIR tem como objetivo estimular o desenvolvimento saudável da criança com TEA, através da estimulação das interações afetivas, a engajá-la em comunicações significativas, participação social, desenvolvimento simbólico e cognitivo. Como o programa se fundamenta no relacionamento afetivo da criança autista, utilizando como principal

estratégia o *floortime* (tempo no chão), onde a criança com TEA e os seus cuidadores passam um tempo brincando, interagindo livremente e com estratégias elaboradas no PTS (Plano de Tratamento Singular). Desse modo, Greenspan e Wieder (2000, 2006), acreditam que a criança possa envolver-se em interações afetivas com os seus cuidadores e desenvolver as áreas necessárias para o seu desenvolvimento.

Tanto o *SCERTS* quanto o *DIR*, fundamentam o seu programa na estimulação e desenvolvimento individualidade de cada criança com TEA. Em ambos os programas, a avaliação consiste em identificar onde essa criança se encontra em relação a cada objetivo (SCERTS) e aos níveis de desenvolvimento (DIR), de modo, a saber, o que ela ainda precisa desenvolver, portanto, o Terapeuta Ocupacional deve ter conhecimento sobre o desenvolvimento típico e estar habilitado a avaliar para identificar as reais necessidades de estímulo e desenvolvimento de cada criança com TEA, respeitando as suas singularidades e contextos. Sendo, assim, um facilitador da interação priorizando as interações diádicas (pessoa-pessoa) e triádicas (pessoa-objeto-pessoa), assessorando as famílias nesse processo. O importante é compreender que o desenvolvimento da conexão afetiva das crianças com TEA, precisa ser estratégia imprescindível dos programas de intervenção precoce de base desenvolvimentista. E, ao se oportunizar que essas crianças se conectem ao afeto do outro, oportuniza-se também as condições para o aparecimento de interações sociais e de comportamentos fundamentais para o seu desenvolvimento como um todo (FIORE-CORREIA & LAMPREIA, 2012).

2) Intervenção com base na Integração Sensorial

Com o passar do tempo os pesquisadores refinaram a capacidade de identificar o TEA, e dando mais atenção às características sensoriais advindas, em alguns casos, do transtorno, bem como à compreensão do impacto que essas características têm na vida diária destes indivíduos, sendo encontradas associações entre a resposta sensorial incomum e habilidades adaptativas, engajamento social, desempenho acadêmico e desempenho das habilidades da vida diária, tais como: higiene pessoal, uso de vaso sanitário, vestuário, alimentação, sono e brincar.

Dado o amplo impacto que a resposta sensorial atípica tem nas habilidades da vida diária e no desempenho ocupacional geral, esforços têm sido feitos para identificar intervenções que abordem essas dificuldades e melhorem o desempenho. (WATLING & HAUER, 2015). Ser capaz de perceber e processar informações e integrá-las é essencial para aprender a responder adequadamente aos estímulos do ambiente. Dessa forma, a estimulação, ajuda as crianças a perceber e a compreender os estímulos, e desenvolver habilidades importantes para viver as situações do ambiente.

Uma das intervenções mais usadas por terapeutas ocupacionais para abordar características sensoriais é o modelo de Integração Sensorial (AYRES, 1972), que foi desenvolvida pela terapeuta ocupacional Jean Ayres. Ela descreveu, pioneiramente, o funcionamento neurocomportamental e a influência dos aspectos perceptivos e motores na aprendizagem. Seu objetivo era identificar relações entre as sensações corporais, os mecanismos cerebrais e a aprendizagem, de modo a desenvolver uma teoria

que articulasse esses conhecimentos. As suas pesquisas foram conduzidas com populações que evidenciavam disfunções percepto-motoras e distúrbios de aprendizagem, desenvolvendo um modelo teórico de processamento neurológico que denominou de Integração Sensorial (IS).

Esse modelo propõe a existência de um mecanismo cerebral responsável por organizar as sensações corporais e do ambiente, transformando a sensações em percepções. Essa estrutura, segundo a autora, favorece a organização do comportamento e uso eficiente do corpo nas atividades realizadas cotidianamente (AYRES, 1972). Com base nesse modelo explicativo propôs, no início da década de 1970, uma abordagem terapêutica ocupacional de natureza avaliativa e interventiva, denominada Terapia de Integração Sensorial (SOUZA & NUNES, 2019).

Segundo Ayres (1972), a IS caracteriza-se como o processo neurológico que organiza as informações sensoriais recebidas do próprio corpo e do ambiente externo, de forma a promover a exploração adequada do corpo no ambiente. A teoria de IS busca explicar os problemas leves, moderados e graves de aprendizagem e comportamento, especialmente os problemas associados com déficits na coordenação motora e dificuldade na modulação sensorial, que não podem ser atribuídos a danos ou anormalidades do Sistema Nervoso Central.

A abordagem clássica de IS tem como base, o entendimento de que as interrupções no processamento neurológico das informações sensoriais interferem com a produção de comportamentos organizados e intencionais, que fornecem suporte para o aprendizado e o desenvolvimento de habilidades, aumentando

o processamento do sistema nervoso da sensação para fornecer uma base estável para a formulação e execução de comportamentos apropriados (AYRES, 1972, 1974, 1979; EKMAN, 2004).

A IS é uma abordagem baseada em brincadeiras, dentro de um ambiente organizado, que usa o envolvimento ativo da criança em atividades ricas em sensações, buscando obter respostas adaptativas e melhorar a capacidade para desempenhar com sucesso e enfrentar os desafios ambientais, e atender às demandas contextuais das ocupações diárias.

Ao usar a IS, os terapeutas ocupacionais usam o raciocínio clínico, protocolos de avaliação padronizados, perfil sensorial e observações estruturadas e não estruturadas para orientar o processo de intervenção, individualizando o plano terapêutico, criando estratégias para regular o processamento sensorial único de cada criança, com o objetivo da terapia ocupacional de reforçar suas potencialidades e habilidades diante aos desafios do cotidiano.

O TO individualiza as atividades de intervenção em resposta a uma avaliação inicial do processamento e integração sensorial e usa equipamentos, especialmente, projetados para oferecer à criança atividades personalizadas que desafiam o processamento sensorial e as habilidades de planejamento motor, tais como: coordenação motora fina, noção espaço temporal, bem como organização, sequenciamento, tempo e resolução de problemas. As atividades terapêuticas são organizadas para que a criança receba, principalmente, sensações vestibulares, proprioceptivas e táteis por meio da participação dinâmica em atividades significativas, lúdicas e direcionadas a objetivos (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2014).

As intervenções em IS devem ocorrer em ambientes clínicos, seguros, com equipamentos necessários para a terapia. A abordagem visa melhorar o processamento neurofisiológico interno da sensação para promover a mudança observável na capacidade de resposta sensorial e comportamento funcional.

A IS define e avalia dez elementos essenciais baseados na clínica (PARHAM *et al.*, 2007, 2011):

Quadro 2:

Garantir a segurança física;
Apresentar uma gama de oportunidades sensoriais (especificamente, tátil, vestibular e proprioceptiva);
Usar atividades e organizar o ambiente para ajudar a criança a manter a autorregulação e o estado de alerta;
Desafiar o controle motor postural, ocular, oral ou bilateral;
Desafiar a práxis e a organização do comportamento;
Colaborar com a criança nas escolhas de atividades;
Atividades de adaptação para apresentar o desafio certo;
Garantir que as atividades sejam bem-sucedidas;
Incentivar a motivação intrínseca da criança para brincar;
Estabelecer uma aliança terapêutica com a criança.

Fonte: PARHAM *et al.*, 2007, 2011.

Embora a IS esteja sendo muito utilizada por Terapeutas Ocupacionais, no Brasil e no mundo, ainda se faz necessário vá-

rias pesquisas para melhor demonstrar a eficácia dessa abordagem, com vistas a mensurar o uso de estratégias e processos sensoriais, com medidas de fidelidade.

Cardoso & Blanco (2019) realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre as pesquisas com IS e encontraram estudos que apresentaram como objetivo, avaliar a eficácia do método de Integração Sensorial na intervenção junto a indivíduos com TEA. Desse estudos, 67% apresentaram resultados positivos e concluíram a eficácia do método. Abaixo, estão expostos os resultados apresentados com benefícios e evoluções conforme os pesquisadores.

Quadro 3 - Resultados apresentados com benefícios e evoluções conforme os pesquisadores.

Pesquisadores	Resultados apresentados
Case-Smith e Bryan (1999)	Evolução no engajamento de atividades e no Brincar Dirigido.
Watling e Deitz (2007)	Evolução no engajamento de atividades.
Fazlioglu e Baran (2008)	Diminuição da aversão ao toque, diminuição do comportamento fora da tarefa e diminuição de estereotípias.
Pfeiffer <i>et al.</i> , (2011)	Diminuição significativa de comportamentos autísticos.
Schaaf <i>et al.</i> , (2012)	Aceitabilidade dos pais à Terapia de Integração Sensorial e garantia de segurança à criança.
Schaaf, Hunt e Benevides (2012)	Melhoria do processamento sensorial, maior participação em casa, na escola e em atividades familiares.
Iwariaga <i>et al.</i> , (2014)	Evolução em habilidades de coordenação motora, habilidades cognitivas não verbais e habilidades sensório-motoras.
Karim e Mohammed (2015)	Maior independência e participação nas atividades do cotidiano.

Fonte: Cardoso & Blanco (2019).

É importante ressaltar, que a Teoria de Integração Sensorial, enquanto referencial da abordagem terapêutica de IS, é de uso eminentemente clínico, por profissionais terapeutas ocupacionais devidamente certificado no método. No entanto, enquanto referencial teórico, as informações subsidiam familiares, professores e demais profissionais de saúde a compreender os padrões atípicos de conduta de pessoas com autismo, e colaboram para possíveis formas de intervenção em ambientes naturalísticos. Sendo, portanto, essenciais para a proposição de estratégias interventivas capazes de minimizar os déficits no desempenho ocupacional dessa população, ocasionados pelos comportamentos decorrentes das alterações sensoriais (SOUZA & NUNES, 2019).

3) Intervenção com foco na realização de atividades do cotidiano diário com melhor autonomia e funcionalidade, envolvendo nesse aspecto a comunicação e a escolaridade

Os terapeutas ocupacionais se esforçam para ser profissionais conscientes e competentes, procurando continuamente educação continuada para conhecer novas tecnologias e conhecimentos, para melhorar a sua prática de intervenção, portanto, encontram na Análise Aplicada do Comportamento, subsídios teóricos para a sua prática.

A Análise Aplicada do Comportamento, também conhecida como ABA (*Applied Behavior Analysis*), tendo fortes evidências de eficácia em ajudar as pessoas com TEA a atingirem seus objetivos e tem sido apontada como uma das mais eficazes, permitindo o desenvolvimento de habilidades e a redução de excessos comportamentais.

Sendo, no entanto, um referencial teórico com base na teoria comportamental, que contribui para o desenvolvimento de repertório comportamental ocupacional, da realização de atividades do cotidiano, com mais autonomia e funcionalidade. O terapeuta ocupacional, pode lançar mão da base de conhecimento do ABA para desenvolver uma sinergia entre as abordagens da terapia ocupacional e os seus princípios.

Welch & Polatajko (2016), apresentam pontos de interseção entre a TO e a ABA. A TO enfatiza a importância de uma abordagem baseada em aspectos para a realização de atividades do cotidiano, assim como o ABA também enfatiza o uso de uma abordagem para desenvolver as habilidades significativas da criança. Outro fator importante que justifica a importância do uso da base teórica do ABA pelo TO, é que seus benefícios se ampliam aos demais membros da família, uma vez que promove a aquisição de habilidades inexistentes no repertório comportamental da criança, tornando-a mais independente das ajudas fornecidas por seus cuidadores.

Intervenções com base em ABA devem envolver identificação de comportamentos e habilidades que precisam ser melhorados, a análise funcional entre os eventos antecedentes e consequentes à resposta da criança e a definição das estratégias de intervenção para atingir metas desejadas em circunstâncias identificáveis.

O treino de comportamentos do cotidiano, tais como, as Atividades de Vida Diárias (AVDs), o brincar, as atividades preparatórias para a escolaridade; como, senso-percepção (atenção, concentração, raciocínio lógico, identificação, denominação, associação e generalização de conceitos), coordenação motora fina,

coordenação olho-mão, etc., e a comunicação são um dos focos principais da TO com crianças com TEA, enfatizando a autonomia e a interação social, minimizando as características do espectro, através da criação de repertório de comportamentos e de habilidades adaptativas adequadas.

Finalizando esse capítulo, sobre a intervenção da terapia ocupacional no atendimento de crianças com transtorno do espectro autista, conforme abordado anteriormente, deve-se considerar e avaliar as características individuais apresentadas pela criança, os déficits de desenvolvimento motor, sensorial, social, os comportamentos inadequados e repetitivos, o ambiente, o contexto familiar e escolar, e em especial identificar suas potencialidades, na perspectiva de traçar estratégias que permitam e apoiem o processo de aprendizagem e desenvolvimento, evidenciando metas que proporcionem melhoria na qualidade da saúde ocupacional da criança com TEA.

CONCLUSÃO

Verificou-se que, as práticas e atuação do profissional de terapia ocupacional na reabilitação de uma pessoa com autismo ocorrem a partir de intervenções específicas, com o intuito de aprimorar o desempenho ocupacional em todas as áreas de vida, com o enfoque na demanda principal do paciente. Observou-se que um dos focos deste trabalho está voltado para os aspectos cognitivos e motores de pessoas com TEA, e com isso abarca a reorganização e o estabelecimento de novas conexões sinápticas

e a formação de grandes redes neurais, facilitando o processo de desenvolvimento.

As estratégias adaptativas utilizadas na reabilitação, atualmente, são atividades lúdicas e treino de habilidades sociais em oficinas terapêuticas, intervenções comportamentais intensivas, intervenções voltadas para o processamento sensorial, juntamente com estratégias de enfoque na comunicação e intervenções, com o objetivo de promover o desempenho ocupacional e funcional do paciente, tendo uma eficácia significativa quando se trata de aspectos do processamento sensorial e a qualificação do desempenho funcional.

Ao analisarmos a atuação do TO, no processo de inclusão social e escolarização de crianças com TEA, observamos a importância de agregar conhecimentos de várias disciplinas e visualizar que o processo de reabilitação é um campo de necessidade interdisciplinar, que objetiva promover a independência e a autonomia dos indivíduos em suas diversas atividades cotidianas, e em diferentes ambientes de participação social. O trabalho da TO se caracteriza também pelas atividades de apoio aos familiares, através de procedimentos terapêuticos organizados sob os diversos critérios e espectros.

Ressalta-se, neste ponto, a necessidade do terapeuta ocupacional estar atento e sensível às ocupações não somente da criança durante este momento, mas de sua família, em especial, das mães, as quais estão diretamente mais envolvidas nos cuidados terapêuticos de seus filhos. Compreender que há uma necessidade de destinar um olhar sensível para a ocupação de cuidar dos filhos, sobretudo, de um filho com TEA e ao mesmo tempo,

manter o exercício de suas outras ocupações (autocuidado, trabalho, AVDs), tornando-se este fenômeno ainda mais complexo.

As intervenções terapêuticas ocupacionais contribuem para estabelecer rotinas estruturadas, com foco na reorganização da dinâmica familiar, realizam treinamentos, estratégias facilitadoras de cuidado e desenvolve adaptações para facilitar a rotina, o cotidiano, oferecendo apoio às necessidades do cuidador e contribuindo para melhora de sua qualidade de vida. Limitações foram identificadas no estudo, sugere-se que novos trabalhos e com mais evidências científicas sejam realizadas. Também se torna importante a reprodução de outros artigos que enalteçam os dados levantados neste trabalho, aumentando o repertório de possibilidades para a criança com o transtorno em questão, além dos métodos amplamente divulgados.

REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. *Occupational therapy practice framework: Domain and process*. 3. ed. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 68, suppl. 1, S1–S48, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 992.

AYRES, A. J. *Sensory integration and Learning Disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1972.

AYRES, A. J. *Sensory Integration of Sensory Integration Theory and Practice*. Dubuque: Kendall Hunt Publishing Company, 1974.

AYRES, A. J. *Sensory Integration and The Child*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1979.

BRASIL. 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**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília, 2016.

CARDOSO, N. R.; BLANCO, M. B. Terapia de integração sensorial e o transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Conhecimento Online**, [S. l.], v. 1, p. 108–125, 2019. DOI: 10.25112/rco.v1i0.1547.

CASE-SMITH, J.; BRYAN, T. *The effects of occupational therapy with sensory integration emphasis on preschool-age children with autism*. **The American Journal of Occupational Therapy**, Columbus, v. 53, n. 5, p. 489–497, 1999. Disponível em: <<http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1873464>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

CÉSAR M. **Autismo afeta cerca de 1% da população**. Abr. 2015. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/ajuda/story/6884-autismo-afeta-cerca-de-1-da-populacao>. Acesso em: 13 abr. 2022.

COSTA, F. C. S.; PFEIFER, L. L. *Intervención de integración sensorial en niños con trastorno del espectro autista*. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 99-108, 2016. Disponível em: <<https://revistaderechoeconomico.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/41947>> Acessado em: 6 abr. 2022.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: ARTMed. 2014.

EKMAN, L. L. **Neurociência – Fundamentos para a Reabilitação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

FAZLIOGLU, Y.; BARAN, G. *A sensory integration therapy program on sensory problems for children with autism.*

Perceptual and Motor Skills, Edirne, v. 106, p. 415-422, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18556898/>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

FIORE-CORREIA, O.; LAMPREIA, C. A conexão afetiva nas intervenções desenvolvimentistas para crianças autistas.

Psicologia: Ciência e Profissão [online], Brasília, v. 32, n. 4, p. 926-941, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2022.

GONÇALVES, D.; GUARDIANO, M.; LEÃO, M. *Etiological Investigation of Autism Spectrum Disorders – State of The Art. Nascer e Crescer.* [S. l.], v. 27, n. 3, p. 1-6, 2018.

Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/citationstylelanguage/get/harvard-cite-them-right?submissionId=12106>> Acesso em: 6 abr. 2022.

GOULART, C. *et al.* Maria: um robô para interação com crianças com autismo. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE AUTOMAÇÃO INTELIGENTE, 12., 2015, Natal. **Resumo expandido**, Natal: Sociedade Brasileira de Automática, 2015.

GREENSPAN, S.; WIEDER, S. *A development al approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes.* In: WETHERBY, A; PRIZANT, B. (Orgs.). **Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective** (pp. 279-231). Baltimore: Paul H. Brookes, 2000.

GREENSPAN, S.; WIEDER, S. *Engaging autism – using the floor time approach to help children relate, communicate and think*. Cambridge: Da Capo Lifelong Books. Issue Date: 2007.

IWARIAGA, R. et al. Pilot study: efficacy of sensory integration therapy for Japanese children with high-functioning autism spectrum disorder. **Occupational Therapy International**, Sakamoto, v. 21, n. 1, p. 4-11, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23893373>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

KARIM, A. E. A.; MOHAMMED, A. H. Effectiveness of sensory integration program in motor skills in children with autism. **Egyptian Journal of Medical Human Genetics**, Nasr City, v. 16, n. 4, p. 375-380, 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110863015000038>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

LEAL, B. S. F. M.; GRADIM, L. C. C.; SOUZA, V. R. B. Habilidades sociais em crianças com transtorno do espectro autista: uma análise da prática em Terapia Ocupacional. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 121-131, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/download/33945/pdf>> Acesso em: 04 mar. 2021.

PARHAM, L. D. et al. Fidelity in sensory integration intervention research. **The American Journal of Occupational Therapy**, [S.l.], v. 61, n. 2, p. 216-27, 2007. DOI: 10.5014/ajot.61.2.216.

PARHAM, L. D. *et al.* Development of a Fidelity Measure for Research on the Effectiveness of the Ayres Sensory Integration® Intervention. **The American Journal of Occupational Therapy**, [S.l.], v. 65, n. 2, p. 133-42, 2011. DOI: 10.5014/ajot.2011.000745.

PFEIFFER, B. A. *et al.* Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: a pilot study. **The American Journal of Occupational Therapy**, [S.l.], v. 65, n. 1, p. 76-85, 2011. DOI:10.5014/ajot.2011.09205. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708964/>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PINTO, R. N. M. *et al.* Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 37, n. 3, 2016.

PRIZANT, B. M.; WETHERBY, A.; RUBIN, E.; LAURENT, A. The SCERTS model: A *Transactional, Family-Centered Approach to Enhancing Communication and Socioemotional Abilities of Children With Autism Spectrum Disorder*. **Infants and Young Children**, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 296-316, 2003.

PRIZANT, B. M.; WETHERBY, A. M.; RYDELL, P. J. *Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders*. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). **Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective**. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p. 193-224.

RUTTER, M. L. *Progress in understanding autism: 2007–2010. Journal of Autism and Developmental Disorders*. v. 41, p. 395–404, 2011.

SCHAAF, R. C.; HUNT, J.; BENEVIDES, T. *Occupational therapy using sensory integration to improve participation of a child with autism: a case report. American Journal of Occupational Therapy*, Philadelphia, v. 66, n. 5, p. 547–555, 2012.

SCHAAF, R. C. *et al. Occupational therapy and sensory integration for children with autism: a feasibility, safety, acceptability and fidelity study. Autism*, New Jersey, v. 16, n. 3, 2012. DOI: 10.1177/1362361311435157 Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22318118/>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SOUTO, M. S.; GOMES, E. B. N.; FOLHA, D. R. S. C. Educação especial e Terapia Ocupacional: análise de interfaces a partir da produção de conhecimento. **Revista Brasileira de Educação Especial**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 583-600, 2018.

SOUZA, R. F. de; NUNES, D. R. de P. Transtornos do processamento sensorial no autismo: algumas considerações. **Revista Educação Especial**, [S. l.], v. 32, p. e22/ 1–17, 2019. DOI: 10.5902/1984686X30374. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/30374>. Acesso em: 26 maio. 2022.

TOMCHEK, S. *et al.* Occupational therapy interventions for adolescents with autism spectrum disorder. **American Journal of Occupational Therapy**, [s. l.], v. 71, n. 1, p. 7101395010p1-7101395010p3, 2017. Disponível em: <<https://ajot.aota.org/article.asp?articleid=2593025>> Acesso em: 06 abr. 2022.

WATLING, R.; HAUER, S. *Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and Sensory-Based Interventions for People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review*. **American Journal of Occupational Therapy**, [S.l.], v. 69, n. 5, 2015, DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.018051>.

WATLING, R. L.; DEITZ, J. *Immediate effect of Ayres's sensory integration-based occupational therapy intervention on children with autism spectrum disorders*. **The American Journal of Occupational Therapy**, Seattle, v. 61, p. 574-583, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17944295>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

WELCH, C. D.; POLATAJKO, H. J. *Applied behavior analysis, autism, and Occupational Therapy: a search for understanding*. **The American Journal of Occupational Therapy**, [S.l.], v. 70, n. 4, 2016. DOI: [10.5014/ajot.2016.018689](https://doi.org/10.5014/ajot.2016.018689)

8. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA AO ATENDIMENTO DO TEA

Carina Nogueira Diógenes

Carolina Rocha Peixoto

Milena Lima de Paula

Leônia Cavalcante Teixeira

Lygia Herayde Gomes de Brito Bessa

Lídia Andrade Lourinho

INTRODUÇÃO

Ampliar o conhecimento sobre o autismo e em como a psicologia pode auxiliar o tratamento sobre este transtorno, as atualizações recentes, compreensão e intervenção psicológica. O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão narrativa sobre o autismo, a luz do olhar psicológico, apontando avanços sobre a compreensão do transtorno e desafios enfrentados.

Na atualidade, a incidência das crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é de uma criança para cada cinquenta e nove, representando um grande aumento de crianças diagnosticadas com o citado transtorno. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é sistematizar conhecimentos sobre

como a psicologia trabalhando multidisciplinarmente, pode contribuir para o cuidado e o tratamento de pessoas diagnosticadas com o transtorno do espectro do autismo (GOMES, 2021).

A partir de uma investigação teórica, buscou-se levantar hipóteses para esse fenômeno e suas devidas implicações para a psicologia. Realizou-se revisão narrativa da literatura, que possibilita sistematizar conhecimentos, oferecendo condições para o se pensar em outras formas de agir na realidade. (FERRARI, 2015).

A revisão narrativa da literatura permite também a integração de estudos sobre uma mesma temática, produzidos com base em diferentes abordagens metodológicas (PAUTASSO, 2020), o que favorece as reflexões sobre problemáticas cujas pesquisas são recentes e adotam diferentes delineamentos, como é o caso do aumento de diagnósticos do espectro autista.

Os achados da revisão narrativa da literatura são apresentados nas seções: “A construção histórica do autismo, Autismo na atualidade e Contribuições da psicologia”. Foram realizadas pesquisas em bases de dados como PubMed, Medline e Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil, *Scientific Electronic Library Online/SciELO* e *Google Scholar*. Os descritores utilizados foram: “autismo” e “psicologia”. Esse processo ocorreu em diferentes dias do mês de março e abril de 2022.

A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO AUTISMO

O conhecimento sobre o autismo se fundamenta a partir de um diagnóstico criado pelo pai psiquiátrico dessa nomenclatura:

Kanner. Com o conceito descrito como um distúrbio de comportamentos e especificidades que somadas apontam para esse diagnóstico psicopatológico, diferente de todos já definidos. Crianças que apresentavam desde a primeira infância um desinteresse de socialização e não conseguiam lidar com mudanças, foram apontadas por Kanner como autísticas. Se tornando assim, o precursor da história, do chamado por ele, de distúrbio autístico do contato afetivo. Com esse feito, foi considerado o psiquiatra infantil mais renomado do país em 1938. Sem uma causa conhecida do que causaria o autismo, as hipóteses da época eram relacionadas a falhas da mãe e culpa dos pais, colocados como responsáveis pelo autismo dos filhos. Ficando marcado por muito tempo como um impacto negativo e estigmatizado sobre serem tidos como culpados, considerados frios ou que não os amavam de uma forma correta (BIALER & VOLTOLINI, 2022).

Com a incorporação do espectro, na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (*American Psychiatric Association*, 2014), “Transtorno do Espectro Autista” (TEA), o autismo abrangeu o Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. O diagnóstico de TEA passou a ser feito clinicamente, fundamentado nos critérios desse manual, análises e observações de comportamentos, escuta e entrevistas com os pais e/ou cuidadores. Sendo solicitada a realização de exames que eliminem outras doenças ligadas a algum sintoma apresentado. No tocante ao aumento de casos de TEA, pesquisas realizadas principalmente na Europa e nos Estados Unidos, apontam um crescimento bem significativo no número de crianças diagnosticadas como autistas nos últimos anos (ALMEIDA & NEVES, 2020).

AUTISMO NA ATUALIDADE

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5, o Transtorno do Espectro Autista, os sintomas comportamentais, manifestações e indicadores do transtorno são de origem neurológica e do desenvolvimento (*American Psychiatric Association - APA, 2010*). Caracterizando-se por comprometimentos no desenvolvimento motor e psiconeurológico, que interfere na cognição, na linguagem e na interação social da criança. Cerca de um milhão e meio de brasileiros vivem com o TEA, com uma estimativa de sessenta casos a cada dez mil nascimentos, assim o Transtorno do Espectro Autista se apresenta como um dos distúrbios do neurodesenvolvimento mais presentes da infância (ROMANZINI, AV, & KORTMANN, GML, 2022).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) abrange déficits na linguagem e na comunicação, assim como também em padrões de comportamentos repetitivos/estereotipados. Na linguagem, podemos enfatizar o modo como se dá o desenvolvimento e a interação na abordagem social desse sujeito, que apresenta conversação de forma atípica com tendência a ser deficitária. Podemos observar desde a manifestação e dificuldades discretas, até mesmo a ausência de iniciativa para interação social. Na comunicação, que se caracteriza pela integração entre as habilidades de comunicação verbal e não verbal, existe a tendência de está dessincronizada ou atrasada, o que contribui para que a intenção em comunicar seja difícil para o autista, com empecilhos à compreensão pelo interlocutor (SCHMIDT *et al.*, 2017).

Observações de diferenças no brincar, no desenvolvimento motor, na alimentação e no sono, constam na narrativa dos cuidadores de crianças com autismo. Há descrição de regressão de linguagem, inclusive com perda de palavras já faladas anteriormente. A regressão tem se mostrado como um comprometimento constante e que atinge um grande número de crianças com TEA. Perceberam-se distinções expressivas entre o desenvolvimento social das crianças autistas e das crianças que tiveram um desenvolvimento típico, já no segundo trimestre de vida.

Os comportamentos sociais são os maiores indicativos para o diagnóstico diferencial entre crianças com TEA e aquelas com desenvolvimento típico ou com atraso no desenvolvimento. A capacidade de partilhar suas explorações do mundo, olhando, gesticulando, apontando e fazendo expressões emocionais, é um marco no desenvolvimento sociocomunicativo infantil, cuja falta é significativa indicação para o diagnóstico do TEA. Podendo diferenciar de 80 a 90% de crianças com o transtorno, de outras com distintos problemas ou atrasos no desenvolvimento (ZANON *et al.*, 2014).

O autismo, geralmente, é diagnosticado apenas aos três anos de idade, porém, cada vez mais se ressalta a importância de uma atenção a sinais de risco identificados precocemente nesse transtorno. O autismo pode estar relacionado ou não à deficiência mental e a uma dificuldade na socialização, mas, por se tratar de um espectro de condições, pode ter variação quanto a essas questões. O modo como os profissionais entendem o espectro autista interfere nas ações de tratamento e acompanhamento. O incentivo a discussão do tema favoreceu a inclusão de crianças e jovens com necessidades educativas especiais (AGRIPINO-RAMOS & SALOMÃO, 2014).

Desde a década de 1980, o autismo começou a ser conceituado como um Transtorno Global do Desenvolvimento ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, pelo motivo de fazer parte de um conjunto de distúrbios da socialização com que inicia na primeira infância e atinge diversos âmbitos do desenvolvimento. O comprometimento em importantes áreas do desenvolvimento existente no autismo, é normalmente chamado de tríade de prejuízos, prejuízos na comunicação verbal e não verbal, da interação social e da falta de flexibilidade mental e comportamental (AGRI-PINO-RAMOS & SALOMÃO, 2014).

A pessoa com TEA pode verbalmente contar uma história, porém, sem a utilização de expressões faciais ou gestos, emoções, contato visual, e linguagem corporal. Estes últimos são decisivos para que o destinatário intérprete compreenda através do relato, o que é mais significativo nas informações que estão sendo descritas, ou seja, o significado afetivo da conversa, auxilia sobre possível duplo sentido de determinadas palavras ou expressões, formando a compreensão mais clara. Quando comparamos crianças com autismo e crianças sem autismo, fica claro que o desenvolvimento e a manutenção de relacionamentos tendem a serem diferentes e até mesmo falhos (SCHMIDT *et al.*, 2017).

Os interesses da pessoa com TEA podem ser muito restritos, rígidos, anormais, intensos, hiperfocados, e ritualísticos. Existe uma probabilidade das crianças com autismo aprofundar-se em temas, ou assuntos específicos de natureza idiossincrática, por exemplo, cores, só usam roupas de cores específicas. Assim, como também objetos ou eventos específicos, porém as dificuldades sociais aumentam os obstáculos nas interações sociais desse sujeito (SCHMIDT, 2017).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é apontado como um transtorno do desenvolvimento em que o diagnóstico precoce é de grande importância, fator fundamental para a evolução desse quadro clínico, por possibilitar ganhos significativos no desenvolvimento da pessoa, de suas potencialidades e de sua inclusão social. A demora na identificação de sintomas e no início do tratamento, é uma dificuldade enfrentada ainda hoje, entre os direitos garantidos à pessoa com o espectro do autismo, estão o diagnóstico precoce e informações que auxiliem nesse diagnóstico e tratamento desse transtorno. Atualmente, não há cura para o TEA, mas existem diversas intervenções terapêuticas multidisciplinares que podem promover ganhos no desenvolvimento das pessoas afetadas e diminuição dos sintomas, resultando em melhora da qualidade de vida, independência e inserção social (PEREIRA, 2020).

Levando em consideração as limitações e que é um transtorno crônico, no autismo, é relevante destacar a intervenção terapêutica, que promove principalmente a autonomia e independência da pessoa. Sua diversidade de sintomas e manifestações de comportamentos se apresenta como um desafio para a ciência e para a clínica, visto que não há uma só abordagem eficiente para todas as pessoas. Nessa circunstância, o trabalho multidisciplinar se mostra como alternativa apropriada de mobilizar saberes e conhecimentos de várias disciplinas e pontos de vista diferentes, que podem contribuir para a compreensão do quadro e para a superação dos problemas apresentados. A parceria entre diversos profissionais (alguns essenciais e, outros, opcionais e escolhidos por cada família) é à base da intervenção.

A constituição de grupos terapêuticos para crianças é uma opção bastante utilizada em instituições voltadas para a saúde mental infanto-juvenil, formados por profissionais da saúde de diferentes especialidades. Os facilitadores se alternam na atenção às crianças, buscando favorecer a relação entre elas. Ao favorecer a manifestação da criança, ele a inclui no social; no autismo, se antecipa e constitui uma lógica que ainda não existe. O trabalho em grupo propicia a interação entre os profissionais e os incentiva a lidar com a recusa das crianças. A estratégia é aproveitar seus interesses para avançar aos poucos e, assim, possibilitar que essa criança possa endereçar-se ao outro (LUCERO & ROSI, 2021).

No Brasil, foi criada e aprovada a Lei 12.764 (Lei Berenice Piana), de 27 de dezembro de 2012, que implementa a Política Nacional de Proteção da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A partir dessa lei a pessoa com diagnóstico de autismo é considerada como uma pessoa com deficiência (BRASIL, 2012a). Traçando diversos efeitos, no campo científico e social, vale salientar que os pais de autistas participaram ativamente dessa elaboração e aprovação desse direito conquistado. É importante salientar que, se faz necessário que seja respeitado o princípio da integralidade do SUS que garante o oferecimento de um conjunto constante e interligado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema. Além da Lei 8.080, que aponta que há a indispensabilidade de se considerar os processos, individuais, coletivos e singulares de cada sujeito como “biopsicossocial” (SILVA FURTADO, 2019).

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

A psicologia pode fomentar o desenvolvimento de pessoas portadoras do TEA e facilitar suas relações em contextos sociais, incluindo familiar e escolar, com ferramentas de avaliação e intervenções feitas a partir da necessidade de cada indivíduo. O psicólogo deve ser um profissional implicado político, ético e, socialmente, com a mudança da realidade, se comprometendo a buscar novos espaços sociais mais democráticos que respeitem as diferenças. A psicologia contribui para a busca de uma ampliação de habilidades de linguagem, comunicação e colabora para o processo de inclusão (MATOS & MATOS, 2018).

Uma atuação profissional em rede pode atender a diversas demandas apresentadas, tanto em quantidade, que o autista pode precisar por seus comprometimentos, mas sendo mais importante o atendimento qualitativo. Algumas vezes é solicitado que tenhamos respostas, mas nem sempre dispomos de instrumentos teóricos e técnicos, tendo como solução a pesquisa e a solicitação desse aporte de outros profissionais que acompanham concomitantemente e a parceria com a família e quem fizer parte de suas relações. A multidisciplinaridade colabora para uma troca de olhares a partir de cada área envolvida no cuidado com o outro. Vendo a pessoa para além de seu adoecimento, entendendo que o tratamento mais indicado pode ser medicamentoso e/ou terapêutico, de uma forma que se complementam (KUPFER & VOLTOLINI, 2017).

O tratamento farmacológico feito é para amenizar as condições relacionadas ao autismo. Apesar de se obter uma eficácia nesse sentido, ainda não há certezas sobre esse tratamento, já que para cada um, as comorbidades associadas são diferentes. Por demandar intervenções por todo o desenvolvimento do portador do espectro do autismo, cabe ressaltar a importância das políticas sociais, no que tange ao acompanhamento e acesso ao cuidado na saúde pública. As intervenções são voltadas para a análise do tratamento medicamentoso, nos casos de sintomas agressivos, de agitação psicomotora e de comprometimento cardiovascular. As propostas trazem possibilidades de intervenção precoce e intervenção psicopedagógica baseada na mediação lúdica (GUEDES & TADA, 2015).

CONCLUSÃO

Esses estudos apontam que o aumento se justifica pela junção entre os saberes psiquiátricos e da demanda social. A discussão dessa hipótese sustenta, então, que a prática do psicólogo diante da demanda referente ao sofrimento do portador do espectro autista deve ser pautada por um posicionamento ético, atento e cuidadoso.

A fim de obter respostas, pesquisas atuais mostram que ao longo do desenvolvimento da criança existem variados sintomas que influenciam de algum modo na percepção, intervenção e diagnóstico do autismo. Diversos resultados vêm mostrando que as dificuldades de orientação social no autismo não são ina-

tas, como se pensava, para o desenvolvimento social. Percebemos que o olhar atento possibilita uma intervenção mais eficaz, até mesmo precoce, para o desenvolvimento das habilidades necessárias na diminuição de possíveis dificuldades sociais futuras da pessoa com autismo. Válido ressaltar o grande desafio para a saúde pública é o acesso a uma tecnologia de ponta, a espaços especializados para intervenções em áreas clínica, educacional, assim como, locais de lazer atrativos e estimulantes.

O conhecimento científico moderno e os contextos históricos sociais e políticos, repercutem diretamente na política de saúde, agregando evoluções com relação às formas de cuidado, diagnóstico e reabilitação de sujeitos diagnosticados com alguma desordem psíquica. Suscitando novas concepções, hipóteses, construções de projetos de intervenção e de cuidado. Acrescer as possibilidades de inclusão do autista no laço social, proporcionar autonomia, considerando a singularidade e garantindo os direitos é um modo e comprometimento ético e social de contribuição da Psicologia, facilitando discussões e convocando saberes multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

AGRIPINO-RAMOS, C. S.; SALOMÃO, N. M. R. Autismo e Síndrome de Down: concepções de profissionais de diferentes áreas. **Psicologia em Estudo** [online], [S.l.], v. 19, n. 1, p. 103-114, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/jtnxrsT8DnCKKRTZxhCNkqx/?lang=pt>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ALMEIDA, M. L.; NEVES, A. S. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia?. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], [S.l.], v. 40, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>>. Acesso em: 31 mar 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

Publication manual of the American Psychological Association. 6. ed. Washington, DC: Author, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 992.

BIALER, M.; VOLTOLINI, R. **Autismo:** história de um quadro e o quadro de uma história. **Psicologia em Estudo** [online], [S.l.], v. 27, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.45865>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.764**, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm>. Acesso em: 1 abr. 2022.

FERRARI, R. Writing narrative style literature reviews. **Medical Writing**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 230-235, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>

GOMES, C. G. S. *et al.* Efeitos do Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na Capacitação de Cuidadores de Crianças com Autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial** [online], [S.l.], v. 27, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-54702021v27e0085>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

GUEDES, N. P. S.; TADA, I. N. C. A Produção Científica Brasileira sobre Autismo na Psicologia e na Educação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online], [S.l.], v. 31, n. 3, p. 303-309, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-37722015032188303309>>. Acesso em: 3 abr. 2022.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Tratar e educar o autismo: cenário político atual – entrevista com Pierre Delion. **Educação e Pesquisa** [online]. v. 43, n. 3, p. 915-930, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-97022017430300201>>. Acesso em: 1º abr. 2022.

LUCERO, A.; VIVÈS, J.; ROSI, F. S. A função constitutiva da voz e o poder da música no tratamento do autismo. **Psicologia em Estudo** [online], v. 26, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v26i0.48054>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

MATOS, D. C.; MATOS, P. G. S. Intervenções em psicologia para inclusão escolar de crianças autistas: estudo de caso. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 18, n. 211, p. 21-31, 2018.

PAUTASSO, M. *The structure and conduct of a narrative literature review*. In: SHOJA, M. et al (Edit.). **A Guide to the Scientific Career: Virtues, Communication, Research and Academic Writing**. Hoboken: Wiley Blackwell, 2020. p. 299-310.

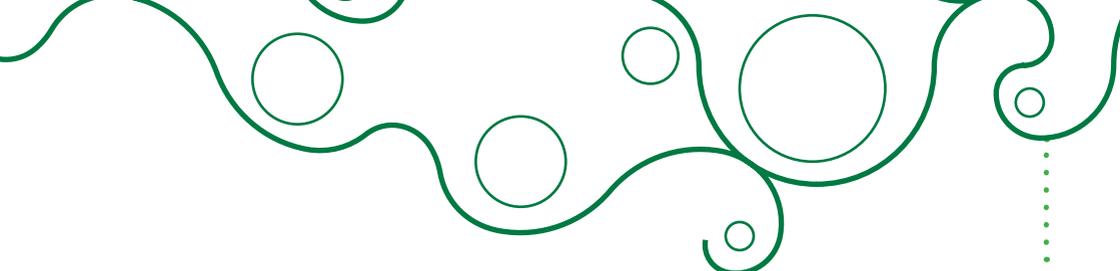
PEREIRA, E. T. et al. Comunicação alternativa e aumentativa no transtorno do espectro do autismo: impactos na comunicação. **CoDAS** [online]. v. 32, n. 6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019167>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ROMANZINI, A. V.; KORTMANN, G. M. L. A trajetória de pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista na busca do diagnóstico. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 4, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26451>

SCHMIDT, C. Transtorno do espectro autista: onde estamos e para onde vamos. **Psicologia em Estudo**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 221-230, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/34651>> Acesso em: 30 mar. 2022.

SILVA, L. S.; FURTADO, L. A. R. O sujeito autista na Rede SUS: (im)possibilidade de cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia** [online], v. 31, n. 2, p. 119-129, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5635>>. Acesso em: 1º abr. 2022.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online], [S.l.], v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>>. Acesso em: 26 mai. 2022.



9. TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA (TEA): a importância do enfermeiro na atenção e cuidados

Lidia Andrade Lourinho

Minuchy Mendes Carneiro Alves

Bráulio Costa Teixeira

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento e afeta cerca de 70 milhões de pessoas no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), e tem elevado risco de ocorrência familiar, com múltiplas, variadas causas e diversos graus. É bem específico e caracterizado por déficits na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos. Como uma condição usualmente crônica, o TEA claramente requer abordagem e atenção de equipes multidisciplinares por afetar o desenvolvimento de forma global (Araújo *et al.*, 2019).

Estima-se que exista mais de dois milhões de portadores do autismo no Brasil, e mesmo com muitos casos, ainda é complicado encontrar um tratamento adequado. Não existe um exame genético que afirme a incidência da síndrome, e não se sabe exatamente o que a causa, muitos dizem que a gestante quando

faz uso em excesso de ácido fólico durante toda a gravidez, pode acometer o feto a ter a síndrome, mutação genética, ou até mesmo a influência do ambiente, mas nada com precisão ou certeza. Geralmente, os pais começam a identificar comportamentos “anormais” em seus filhos, que seria mais ou menos entre os três anos de idade, que é onde a criança começa a desenvolver mais contato social, interação e linguagem, assim, procuram um especialista para que o diagnóstico seja feito. Depois da descoberta do diagnóstico do autismo, o portador e seus familiares se deparam com mais uma barreira pela frente: busca pelo tratamento adequado e os demais atendimentos como saúde, educação e assistência social (SOUZA *et al.*, 2019).

Em acordo com Pinto *et al.*, (2017), existem alguns aspectos que retardam o diagnóstico inicial e imediato do autismo. Remete-se, possivelmente, a inexistência de exames específicos para a síndrome, sendo ele, baseado apenas no histórico da criança. Somado a esta questão, pontua-se a variabilidade dos sintomas e ausência de treinamentos específicos de profissionais para lidar com o distúrbio. O diagnóstico e tratamento precoce de disfunções pediátricas são essenciais para a evolução clínica da criança, pois viabiliza em alcançar resultados positivos em nível físico, funcional, mental e social.

Sabe-se, que o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) possui esta classificação de “espectro”, porque possui uma grande variedade de manifestações do transtorno, admitindo diferentes graus de gravidade. O TEA é compreendido por três níveis importantes de gravidade de sujeição infantil, no primeiro nível a criança necessita de apoio, nele é observada uma grande dificuldade

nas interações sociais e de planejamento; no nível dois a maior dificuldade é a comunicação verbal e não verbal e apresentam comportamentos repetitivos e restritos; e no nível três é necessário um grande amparo, principalmente, pela dificuldade de encarar mudanças e comunicação (CARDOSO, 2018).

A maioria dos indivíduos com TEA tem deficiência intelectual que varia do grau leve ao severo com deficiência linguística associada. O DSM-V, estabelece que eles possam ser classificados de acordo com a gravidade e o grau de comprometimento do distúrbio, analisando o nível de deficiência intelectual, linguística e o grau de dependência desse indivíduo. Sendo assim, devem ser classificados em: nível 1 ou leve, àqueles que necessitam de pouco suporte, com dificuldade na comunicação, porém sem limitações na interação social; nível 2 ou moderado necessitam de suporte, praticamente não se comunicam e tem deficiência de linguagem; nível 3 ou severo necessitam de maior suporte, apresentam um déficit grave na comunicação verbal, na interação social, tem cognição reduzida, tendem ao isolamento social e não conseguem lidar com mudanças.

Não há cura para o TEA. Entretanto, as intervenções psicossociais baseadas em evidências, como a terapia comportamental e os programas de treinamento para pais e outros cuidadores podem reduzir as dificuldades de comunicação e restrição do comportamento social, impactando de forma positiva na qualidade de vida e bem-estar da pessoa com o transtorno. Nesse sentido, há necessidade de uma diversidade de ofertas de atenção e cuidados diante das distintas manifestações, evitando a reprodução de respostas imediatistas e padronizadas (AMA, 2017; BRASIL, 2015).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM TEA

O objetivo da avaliação da criança com suspeita de TEA, não é apenas o estabelecimento do diagnóstico, mas, também, a identificação das potencialidades dessa criança e de sua família. Assim, essa avaliação deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, visto que a identificação dessas potencialidades e de comprometimentos é primordial para que se possa traçar um Plano Terapêutico Singular para o melhor desenvolvimento da criança (BRASIL, 2015).

É importante ressaltar, que o enfermeiro e todos que desenvolvem o trabalho da equipe de enfermagem estejam envolvidos em todo o processo de diagnóstico e intervenções à criança com TEA, uma vez que estes profissionais se encontram na linha de frente do cuidado e é a porta de entrada para os serviços de saúde (Sena *et al.*,2015)

Segundo Oliveira (2017), diante desta afirmativa percebe-se a importância da participação do enfermeiro na orientação à família e na atuação com o paciente com TEA, com o foco no atendimento de qualidade. Ainda afirma que cuidar de uma pessoa com TEA é um desafio enorme para os profissionais de saúde, principalmente, para o enfermeiro, que possui função primordial, tanto no atendimento, quanto na instrução à família e ao paciente, visando melhoria na qualidade de vida deles.

Por fazer parte da equipe multiprofissional, o enfermeiro necessita ter conhecimento sobre a doença, condição e suas características, direitos e cuidados através da linha de cuidado.

O profissional que está em contato inicial e permanece a maior parte do tempo com os pacientes e sua família, destacando a importância das suas orientações (FERREIRA; FRANZOI, 2019).

O profissional de enfermagem tem um papel importante no auxílio ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com TEA. O enfermeiro em sua avaliação pode perceber uma diferenciação no comportamento da criança e identificar sinais e sintomas, através de informações que pode colher dos pais e familiares sobre comportamentos alterados e inadequados dos filhos, podendo ser um alerta para a doença (SENA *et al.*, 2015)

Corroborando Melo *et al.*, (2017), reforça a linha de que o enfermeiro tem a missão de acompanhar e auxiliar famílias com algum membro autista, dando assistência, encorajando-os, transmitindo-lhes tranquilidade, focando no bem-estar do portador, esclarecendo dúvidas, incentivando o tratamento e acompanhamento, buscando a evolução em seu prognóstico. Ainda, pode atuar orientando pais e familiares sobre como lidar com possíveis comportamentos que possam ser revelados ao longo da condição. É necessário um olhar atencioso e livre de preconceitos ou julgamentos, a fim de garantir um atendimento humanizado.

A consulta de enfermagem pode acontecer tanto nos ambientes hospitalares como nos serviços de saúde básico, domicílios e escolas. Pode ser executada em etapas, sendo a primeira uma das mais importantes, pois durante a coleta de dados ou anamnese, são obtidas informações sobre a saúde, ambiente e hábitos de vida do paciente, família e comunidade, para realização do diagnóstico de enfermagem baseado na NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (NANDA, 2013).

De acordo com os diagnósticos realizados, a próxima etapa da assistência é o planejamento, na qual são traçadas estratégias para intervir no problema diagnosticado ou incentivar os hábitos saudáveis. Na sequência é aplicada a intervenção de enfermagem, baseada na NIC (*Nursing Interventions Classification*) e seguindo o planejamento previamente definido. Então, como forma de analisar o desempenho das ações, definindo métodos para novas abordagens e ajustes nas práticas já executadas, é realizada a avaliação de enfermagem com o instrumento NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (BULECHEK *et al.*, 2010; MOORHEAD *et al.*, 2015).

Os profissionais que acompanham estas famílias precisam conhecer os comportamentos de uma criança com TEA, para que possam realizar intervenções pontuais para o portador e para a família, favorecendo melhor condição de vida doméstica e social, pois o cotidiano da família estará constantemente em torno do portador, devido às suas necessidades, dificuldades e decisões, de forma que este contexto pode causar uma sobrecarga emocional e física no cuidador (MINATEL; MATKUSURA, 2014).

O tratamento para TEA deve proporcionar recursos e alternativas que possibilitem a criança aprimorar sua relação social, o seu modo de viver, expressar e comunicar, ajudando a inserir o indivíduo em contextos diversos. É importante acompanhar o indivíduo autista, tentando compreender a rotina, a relação com a família, do que gosta ou não, além de escutar também a família para que se crie uma aproximação junto ao tratamento (BRASIL, 2015).

É importante ter o devido conhecimento de qual tratamento melhor se adequa as características e a rotina da criança com TEA, hoje, através dos estudos, existem diversos tratamentos que po-

dem auxiliar no desenvolvimento da criança, assim como é demonstrado no alguns dos principais tratamentos. O TEACCH - Tratamento e educação para crianças com autismo e com distúrbios correlatos da comunicação. Esse método usa uma avaliação de Perfil psicoeducacional revisado (PEP-R), que analisa a criança pelos seus pontos fortes e suas dificuldades. Esse procedimento estimula a criança a desenvolver e organizar o ambiente com a sua independência, essas tarefas de rotinas são organizadas através de quadros, de painéis ou agendas de fácil entendimento que leva a criança a compreensão e adaptação das tarefas.

Na Análise aplicada do comportamento (ABA), o tratamento analisa o comportamento analítico do indivíduo autista, apresentando capacidades que ele não tem individualmente. Cada habilidade é mostrada por forma de indicação ou instrução, quando a criança responde de maneira certa tem como resultado uma recompensa, assim repetindo a mesma resposta. Portanto, o foco principal é mudar o aprendizado e ensinar a criança a diferenciar os estímulos. O PECS, Sistema de comunicação através da troca de figuras, é um tratamento ajuda as crianças e adultos com TEA, ou com outros distúrbios, a se comunicarem melhor através de trocas de figuras, sendo usado em pessoas que não falam ou que se comunicam pouco, estimulando a fala para conseguir as coisas que desejam.

A avaliação de pessoas dentro do espectro autista requer uma equipe multidisciplinar, assim como o uso de escalas objetivas. Existem diversas técnicas estruturadas que precisam ser utilizadas para a avaliação, tanto do comportamento social das crianças quanto da sua capacidade de imitação. Uma das escalas de avaliação mais usadas é a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS)

(SCHOPLER; REICHLER; RENNER, 1986), que consiste em uma entrevista estruturada para ser aplicada a pais ou responsáveis de uma criança autista com idade acima dos dois anos. Essa escala permite classificar as formas leves/ moderadas, ou severas de autismo (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

Dentro desse contexto, a enfermagem tem um papel essencial, pois irá promover o ensino do autocuidado e da promoção à qualidade de vida do paciente, fornecer orientações e prestar um atendimento adequado na implantação das intervenções ao portador do espectro autista. Os profissionais da área de saúde precisam contribuir na busca por soluções válidas para melhorar a qualidade de vida destes indivíduos e de seus familiares (SOUZA *et al.*, 2020).

O papel do enfermeiro como profissional na detecção precoce do TEA é essencial, pois ele deve estar atento aos sinais e sintomas apresentados pela criança com suspeita desse transtorno. Desta forma, ele consegue prestar assistência de Enfermagem o mais precocemente possível, garantindo o bem-estar da criança e o apoio à família. Nos cuidados que a Enfermagem deve dispor na assistência à criança com TEA, encontra-se a construção de sua autonomia e autocuidado perante toda sua vida. Por meio da estimulação do autocuidado na criança com TEA, é possível minimizar os problemas de interação e comunicação identificados nesse transtorno, como também interferir de forma efetiva e positiva em todo o desenvolvimento dessa criança (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O ESPECTRO AUTISTA

Os estudos científicos oferecem ao enfermeiro mais conhecimento sobre o TEA, ajudando no desenvolvimento de um olhar crítico, analítico e humanizado, para portar-se com mais segurança, autonomia e realizar as intervenções junto a uma equipe multiprofissional visando, principalmente, o diagnóstico precoce, a diminuição tanto da manifestação de movimentos repetitivos e estereotipados, como das carências relacionadas com a interação social e comunicação (SENA *et al.*, 2015).

Para a realização de um cuidado humano embasado cientificamente são necessários profissionais capacitados humanamente e cientificamente, no entanto, estudos revelam que grande parte dos profissionais da saúde possui um déficit no conhecimento técnico sobre o TEA, na qual impacta negativamente no planejamento das estratégias de intervenção nesses pacientes (DARTORA *et al.*, 2014)

É de suma importância, que o profissional da área de Enfermagem tenha o embasamento teórico para a realização do cuidado ao paciente com TEA, auxiliando no suporte aos familiares ou cuidadores do paciente, de forma a evitar a sobrecarga emocional, fato esse que dificulta a realização da assistência aos mesmos (FRANZOI *et al.*, 2016).

Esse acompanhamento permite realizar intervenções com os pacientes, dentre os quais podemos destacar a intervenção musical, por contribuir para romper com padrões de isolamento,

favorecer a comunicação verbal e não verbal, reduzir os comportamentos estereotipados, estimular a autoexpressão e a manifestação da subjetividade de crianças, estimulando assim o desenvolvimento e a experimentação de novos modos de “brincar”, restaurando o equilíbrio e ampliando a consciência individual no processo saúde-doença (FRANZOI *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Conclui-se, que o autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento que altera a comunicação, interação social e o comportamento da criança, sendo necessário atendimento diferenciado para um atendimento humanizado e holístico, que a Enfermagem necessita do conhecimento sobre o autismo e suas características para o cuidado eficaz.

É de grande importância a escolha do tratamento, abordagem multidisciplinar adequado, tendo em vista que o TEA irá acompanhar o indivíduo por toda a sua vida, os resultados desse tratamento serão ímpares, pois cada portador de autismo é único, depende da interatividade e comprometimento do indivíduo independente da idade ou gênero, não existe método padrão a ser aplicado no desenvolvimento do autista. A Enfermagem está à frente na participação do tratamento, tendo em vista que essa interação multiprofissional colabora com o paciente e sua família, possibilitando melhor desenvolvimento, além de ajudar na desconstrução de rótulo e falácias referentes ao Transtorno Espectro Autistas.

Foi possível concluir que a Enfermagem é uma peça significativa na detecção e assistência ao TEA, sua participação neste processo é muito importante, pois os profissionais de Enfermagem lidam com os pacientes e suas famílias. Por ser um tema complexo, necessita ainda de pesquisas que embasam o conhecimento técnico científico desses profissionais, com novos estudos sobre a temática. Também é válido frisar, que se deve utilizar de capacitação e aprimoramento constante no que se refere ao diagnóstico precoce e intervenções, tanto para a pessoa com TEA quanto para a sua família.

Portanto, se faz necessário, tanto na rede privada como na pública, uma equipe multiprofissional disponível e preparada, sendo importante que a equipe de enfermagem atue na prestação de cuidados tanto para a criança como para a família, tirando as dúvidas e colaborando com o apoio aos familiares, e também elaborando intervenções que ajudem na reabilitação e desenvolvimento da criança com autismo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DO AUTISTA (AMA). **Definição:** Transtornos do espectro do autismo. São Paulo: AMA, 2017.

ARAUJO, J. A. M. R.; VERAS, A. B.; VARELLA, A. A. B. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, vol.11, n.1, 2019.

BRASIL. Ministério da 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**. Brasília, 2015.

BULECHEK, G. M. *et al.* **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2010.

CARDOSO, M. L. **Práticas de cuidado do enfermeiro às crianças com autismo e suas famílias:** uma revisão integrativa. 2018. Monografia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

DARTORA, D. D. *et al.* A equipe de enfermagem e as crianças autistas. **Journal of Nursing and Health**, v. 4, n. 1, p. 27-38, 2014.

FERREIRA, ACS.; FRANZOI, M.A H. Knowledge of nursing students about autistic disorders. **J Nurs UFPE online**, Recife, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2019.

FRANZOI, M. A. H. *et al.* Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, e1020015, 2016.

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 83-94, 2004.

MELO, C. A. *et al.* Identificação do papel do enfermeiro na assistência de enfermagem ao autismo. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, [S.l.], v. 2, n. 2, jun. 2017. ISSN 2448-1203

MINATEL, M. M.; MATSUKURA, T. S. Famílias de crianças e adolescentes com autismo: cotidiano e realidade de cuidados em diferentes etapas do desenvolvimento. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 2, p. 126-134, 2014.

MOORHEAD, S.; MARION, J.; MERIDEAN, L. M.; SAWNSON, E. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ NANDA International**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OLIVEIRA, E. L. C. *et al.* Cuidados de enfermagem à criança portadora de transtorno do espectro autista: uma revisão

integrativa. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 3. 2018, **Anais III CONBRACIS**. Campina Grande: Realize Editora, 2018. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/40934>>. Acesso em: 26 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Internacional de Doenças: décima revisão**. 7º ed. São Paulo. EdUSO, 1999.

PINTO, R. N. M. *et al.* Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2015.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.; RENNER, B. R. **The Childhood Autism Rating Scale (CARS)**. Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

SENA, R. C. F. *et al.* Practice and knowledge of nurses about child autism. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 2707–2716, 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2707-2716. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3883>. Acesso em: 26 mai. 2022.

SOUZA, R. A.; SANTOS, J. A.; SOARES, S. A.. Uma reflexão sobre as políticas de atendimento para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista. **Cadernos UniFOA**, v.14, n.40, p.95-105, 2019.

SOUZA *et al.* Assistência de enfermagem ao portador de autismo infantil: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.2874-2886 mar./apr. 2020.



10. MUSICOTERAPIA NO TEA

Bráulio Costa Teixeira

Daniel Rodrigo Félix da Silva

Leandro Sousa Araújo

Juliete Vaz Ferreira

INTRODUÇÃO

Neste capítulo são apresentadas as bases para a compreensão da musicoterapia, bem como uma contextualização histórica e profissional da prática, até chegarmos ao nosso enfoque principal, as aplicações da Musicoterapia voltadas para o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A música, a partir de um contexto geral, pode exercer numerosas funções e infinitas possibilidades. Este elemento longo, diverso, multifacetado, orgânico, histórico, funcional e tão presente na humanidade é simplificado por boa parte de seus teóricos, como a ciência ou arte dos sons e suas combinações. A expressão musical está presente em praticamente todos os modelos de organização da civilização humana, em seus mais diversos ritos desde os primórdios da humanidade, constatados a partir de registros anteriores à prática da própria escrita. Desse modo, a música acompanha o desenvolvimento histórico, se entrelaça na ontologia

do indivíduo e por características de sua própria estrutura e recorrência impacta o homem em aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais, espirituais e transcendentais, de uma forma dinâmica, ampla e integrada, como se pontuou a seguir.

O processamento musical que ocorre no cérebro é um movimento extremamente complexo, que afeta diversos componentes, estruturas e até mesmo funções como atenção, memória e linguagem (PFEIFFER; ZAMANI, 2017). Inicialmente, o som e a música são fenômenos acústicos sentidos pelo nosso organismo podendo ser de forma superficial por meio de suas vibrações, ao mesmo tempo em que é captado pelas estruturas responsáveis. A partir deste momento, iniciam manifestações fisiológicas que vão desde o encaminhamento ao cérebro à conversão em fenômenos elétricos e químicos, provocando reações sensoriais, hormonais e ou fisiomotoras, como liberação de dopamina, por meio da emoção provocada pela música, alteração da frequência cardíaca, pulso respiratório, movimentos motores reflexivos, como bater dos pés, etc. (NOBRE 2012).

A música pode ser estimulante ou sedativa, podendo repercutir no metabolismo, na resistência à dor, bem como outras respostas idiossincráticas, lágrimas, arrepios de acordo com a música que se ouve (SILVA JÚNIOR, 2015).

Chegando até o tálamo, a música pode criar ambientes de humor e provocar associações com estados emocionais ou sentimentos profundos por sua própria estrutura e experiência estética, favorecidos ainda por sua característica conceitual e indutiva. Seja tocando, ouvindo, compondo ou lendo, a atividade musical envolve ativamente os dois hemisférios cerebrais, elevam os níveis de atenção, fomenta

a memória, criatividade, leitura, gerando aspectos como aprendizagem, fluência e organização (PFEIFFER; ZAMANI, 2017).

Tocar com, pelo e para o outro, sugere o aspecto social. Neste momento, a música se vê como a expressão de identidades culturais, elemento importante nas mais diversas células, ritos religiosos, instituições e demais modelos sociais. O processamento cerebral implicado em processos intensos como a mística e a espiritualidade são similares a algumas experiências musicais. Aspectos transpessoais e de sua energia vibracional, podem ser relacionados a algumas estruturas musicais que podem ser utilizadas em meditação, estados de transe como os padrões repetitivos, frases melódicas longas e as pausas (SILVA JÚNIOR, 2015).

A partir desses pressupostos é possível compreender o potencial terapêutico da música. “A Musicoterapia como formação, surgiu no final da segunda guerra mundial nos Estados Unidos, após médicos começarem a notar resultados progressivos e evolutivos de veteranos de guerra, que passavam por sessões onde escutavam músicas nos hospitais.” (GODOY, 2014, p. 9). No Brasil, no início da década de 1970 do século XX, a Musicoterapia foi instituída como formação acadêmica pelo Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro (COSTA, 2019).

A Musicoterapia pode ser compreendida como uma ciência não pura, multi e interdisciplinar, sendo construída não só pela música, mas também a partir dos saberes de outras ciências como a Filosofia, a Biologia, a Medicina, a Antropologia, a Física e a Psicologia (SCHAPIRA apud SILVA JÚNIOR, 2015). Para a prática profissional é necessário contar com terapeutas

capacitados, com formação específica na área e detentores do saber musicoterápico (GODOY, 2014).

Desse modo, a Musicoterapia é definida de acordo com a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM, 2018), como o campo de conhecimento que estuda os efeitos da música e da utilização de experiências musicais, resultantes do encontro entre o/a musicoterapeuta e as pessoas assistidas. Ainda de acordo com a UBAM (2018), a prática da Musicoterapia tem como objetivo:

Favorecer o aumento das possibilidades de existir e agir, seja no trabalho individual, com grupos, nas comunidades, organizações, instituições de saúde e sociedade, nos âmbitos da promoção, prevenção, reabilitação da saúde e de transformação de contextos sociais e comunitários; evitando dessa forma, que haja danos ou diminuição dos processos de desenvolvimento do potencial das pessoas e/ ou comunidades.

Atualmente, a Musicoterapia está registrada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A área é uma das especialidades que compõem o Serviço Único de Assistência Social (SUAS), por meio da resolução Nº 17 de 20 de junho de 2011. Sendo oferecida como opção de tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2017, como uma das 19 práticas institucionalizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), e se encontra no momento em processo de regulamentação.

MUSICOTERAPIA NO TEA

“Na década de 1940, surgiram os musicoterapeutas pioneiros no atendimento a pessoas com autismo, contudo, nesse período não foi realizado algum tipo de trabalho escrito com conotação científica, pois ainda se mantinha um aporte holístico na prática médica” (GATTINO, 2015, p. 33). Apenas em 1964, surge o primeiro artigo de Musicoterapia voltado ao autismo escrito por Paul Nordoff, com o título “Musicoterapia e a mudança de personalidade nas crianças autistas”; a partir de então, diversos trabalhos científicos foram realizados a fim de evidenciar os efeitos positivos da Musicoterapia para os indivíduos com autismo.

Em 2020, foi publicado um estudo de revisão dos anos de 1990 a 2017, realizado através da *National Clearinghouse of Autism Evidence and Practice Review Team da University of North Carolina / Instituto de Desenvolvimento Infantil Frank Porter Graham*, na qual coloca as intervenções mediadas por músicas como uma das 28 áreas com evidências para o tratamento do autismo. Diante disso, a Musicoterapia é a profissão que mais tem propriedade de realizar esse trabalho, focando no desenvolvimento integral dessa população.

Como mencionado inicialmente, o som é um fenômeno físico acústico e recebido no ambiente, captado por receptores presentes no interior da cóclea, porção inferior do ouvido, e transmitido ao cérebro para serem convertidos em informações por meio de impulsos elétricos e químicos (PFEIFFER; ZAMANI, 2017).

Dado a complexidade e a variabilidade do transtorno do espectro autista, os estudos a respeito de padrões dentro do qua-

dro ainda são preliminares. Algumas características sensoriais e de processamento podem ser observadas em muitos dos casos de TEA. A capacidade auditiva é prejudicada em relação a pessoas neurotípicas. Contudo, há uma melhor escuta focal e uma leitura global de melodias simples em detrimento de uma compreensão de melodias complexas e simultâneas (GATTINO, 2015).

Outro fator importante a se considerar, é que uma parcela das pessoas com autismo possui hipersensibilidade auditiva. Por conta de um crescimento desproporcional do cérebro, algumas áreas podem ser prejudicadas, dificultando a transmissão de informações e um processamento como o observado em pessoas que não têm autismo.

O processamento no complexo auditivo primário de pessoas com autismo ocorre de maneira igual ao das demais pessoas, e é neste espaço onde se dá o processamento de boa parte das informações musicais, ao passo em que nas áreas secundárias e terciárias, corticais, dos complexos auditivos, a zona de processamento da linguagem verbal, há uma atividade reduzida (GATTINO, 2015). Justificando-se o interesse pela comunicação musical, em detrimento à verbalização em alguns casos. Com a repetição e padrões, a música torna-se instigante, também, por sua previsibilidade.

Prejuízos no cerebelo e no córtex orbitofrontal também se relacionam, respectivamente, com dificuldades rítmicas, leituras de informações complexas, comparações metafóricas, compreensão de estruturas complexas como a harmonia musical. O córtex orbitofrontal é a mesma área relacionada com estereotípias e prejuízos socioemocionais. A prática musical sugere ainda, por meio da liberação da dopamina, e por sobrepor áreas responsáveis, o

estímulo de habilidades socioemocionais e a diminuição de comportamentos repetitivos. O processamento auditivo da música sugere ainda, segundo estudos, uma maior chance de compreensão e aquisição, posterior ativação dos neurônios espelho e imitação, o que pode levar a reabilitação de funções prejudicadas como o reconhecimento de expressões faciais, etc. (GATTINO, 2015).

A literatura científica apresenta resultados positivos para a atuação da musicoterapia no TEA. Os benefícios observados vão desde a quebra de padrões de isolamento à melhora cognitiva. A terapia tem caráter não farmacológico e contribui para a redução de sintomas como estresse, ansiedade, além de promover o relaxamento e diminuir o isolamento social de crianças com TEA. Além da melhora nas habilidades sociais, a terapia promove também o aprimoramento de habilidades motoras.

TÉCNICAS TRADICIONAIS DA MUSICOTERAPIA

Dentro da prática musicoterapêutica, são utilizadas técnicas específicas com finalidades distintas dentro do processo terapêutico com um grupo ou cliente objetivando atender as demandas.

Na música, há quatro tipos distintos de experiências. São elas: improvisar, recriar (ou executar), compor e escutar. Cada um desses tipos de experiências musicais possui suas próprias características particulares e cada uma delas é definida por seus processos específicos de engajamento. Cada tipo envolve um conjunto de comportamentos

sensorio-motores distintos, requer diferentes tipos de habilidades perceptivas e cognitivas, evoca diferentes tipos de emoções e engaja em um processo interpessoal diferente. Em função disso, cada tipo também tem seus próprios potenciais e aplicações terapêuticas (BRUSCIA, 2000, p 121).

No Brasil, compreendemos esses quatro métodos (BRUSCIA) como “Técnicas” terminologia essa amplamente difundida pela musicoterapeuta e professora Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos (SILVA JUNIOR 2015).

Bruscia (2000, p. 124 - 127), descreve os tipos de experiências musicais em:

Musicoterapia e os apresenta como sendo os quatro principais métodos de Musicoterapia, a saber: experiências de improvisação, na qual “o cliente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso”; experiências recreativas, na qual “o cliente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo”; experiência de composição, onde “o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com música ou fitas de vídeo”; experiências receptivas, na qual o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade.

As quatro técnicas ou experiências musicais descritas acima são amplamente utilizadas por profissionais musicoterapeutas em todos os segmentos, seja no âmbito da saúde, educação ou das organizações, com a finalidade de engajar o grupo ou cliente dentro da experiência musical.

MODELOS CLÍNICOS VOLTADOS PARA O AUTISMO

Ao longo da trajetória da musicoterapia no contexto clínico, musicoterapeutas construíram suas bases teóricas a partir de conhecimentos biológicos e psicológicos, recorrendo a um enfoque multiprofissional (LEINIG, 2008). Com isso, modelos específicos da musicoterapia surgiram para servir diversas áreas de atuação, aqui em especial no autismo, abordaremos alguns dos modelos aplicados para o tratamento clínico dessa população, segundo Gattino (2015), Leinig (2008) e Gonçalves (2018), os quais são:

- Musicoterapia Improvisacional;
- Musicoterapia Orff;
- Modelo Campo do Tocar de Carolyn Kenny;
- Musicoterapia Neurológica;
- Modelo de Musicoterapia Behaviorista (comportamental);
- Modelo Benenzon;
- Musicoterapia Plurimodal.

Com base nos modelos acima mencionados, percebe-se a diversidade de modelos aplicáveis, contudo, e de acordo com Ga-

ttino (2015), não há uma obrigatoriedade de seguir um modelo específico e rejeitar os demais, pois é possível que o profissional “beba” de várias fontes para adequar sua intervenção ao paciente, porém é de se compreender que cada profissional tem uma linha de abordagem que melhor representa e referência sua prática.

No Brasil, a Musicoterapia Improvisacional tem uma grande aderência por parte dos profissionais, pois cria espaços de relação entre musicoterapeuta e paciente, explora os aspectos criativos e espontâneos utilizando a voz, o corpo, instrumentos musicais ou qualquer objeto que possa emitir sons, podendo esse ser um utensílio doméstico, um brinquedo, dentre outros, abrindo canais comunicativos verbais e não verbal. Na Musicoterapia Improvisacional destaca-se o modelo Nordoff-Robbins, criado por Paul Nordoff e Clive Robbins que atendiam crianças com comprometimentos neurológicos e físicos, eles acreditavam que existia uma musicalidade que é inata em cada ser humano e por meio da musicalidade da criança, chamada de “music child” seus potenciais poderiam ser desenvolvidos por meio das experiências musicais clínicas. (QUEIROZ, 2003).

Segundo Gattino (2015), o modelo Nordoff-Robbins, pode ser inserido em uma concepção humanista, onde não há indução da criança para o que ela tem que fazer, e a resposta dependerão totalmente dela. Apesar de observar uma relação diferente para os mesmo objetivos, se busca estabelecer limites, expressão da criança, suas manifestações de criatividade e a elevação da autoestima, bem como, sua auto-organização.

Outro modelo que vem ganhando espaço no Brasil é o Modelo de Musicoterapia Behaviorista ou simplesmente Comporta-

mental. Esse modelo foi organizado por Clifford Madsen (1968), e baseia-se em utilizar a música e atividades musicais como um reforçador para mudanças comportamentais. Sua origem está centrada na teoria de modificação comportamental de B.F. Skinner (Mercadal-Brotons, 2000) e, atualmente, com estreita relação com a ciência ABA (*Applied Behavior Analysis*) Análise do Comportamento Aplicada.

Dentro da abordagem behaviorista, o musicoterapeuta buscará a mudança de comportamentos relacionados à auto-organização e ao estabelecimento de limites, por meio de atividades específicas como, por exemplo, uso de uma canção em diferentes velocidades para organizar o tempo do paciente; uso de atividades de canções com momentos de pausa para estabelecer limites musicais, em que se espera que esses limites sejam aplicados em outras situações do cotidiano. (GATTINO, 2015, p. 64)

O uso da musicoterapia comportamental não se limita às extinções de comportamentos inadequados, estabelecimento de limites ou a auto-organização, mas também em ajudar o indivíduo no processo de aprendizado, de um modo geral, por meio de sessões estruturadas, semiestruturadas, diretivas ou naturalistas.

Compreende-se aqui a importância do profissional musicoterapeuta está em constante formação e aprofundamento de estudos extras musicais das ciências humanas, pois lidamos diretamente com a saúde e qualidade de vida do homem por meio do sonoro/musical.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EM MUSICOTERAPIA

Uma considerável parte dos instrumentos de avaliação traduzida ou até mesmo desenvolvida no Brasil pode ser bastante extensível ao público de TEA, dentre as quais estão as ferramentas mencionadas a seguir: segundo Zmitrowicz e Moura (2018): *Category System for Music Therapy – KAMUTHE*; *Individualized Therapy Assessment Profile – IMTAP*; *Escala Nordoff Robbins de Comunicabilidade Musical*; *Improvisation Assessment Profiles – IAPs*; *Music in Everyday Life – MEL*; *Escala de Relaciones Intramusicales (ERI)*; *Individual Music-Centered Assessment Profile for Neuro developmental Disorders (IMCAP-ND)*; *Avaliação da Sincronia Rítmica e Avaliação da Capacidade Atencional em Musicoterapia – PACAMT*.

Entre os instrumentos acima, a *Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP)*, é um dos mais populares e aplicáveis ao perfil do atendimento à pessoa com TEA, podendo avaliar e traçar o perfil da pessoa atendida em suas mais diversas competências por meio de atividades musicais, visto que os domínios de escala IMTAP possui uma série de 374 habilidades na escala completa, dividida em: musicalidade, comunicação expressiva, comunicação receptiva, percepção auditiva, interação social, motricidade ampla, motricidade fina, motricidade oral, cognição, habilidade emocional e habilidade sensorial.

O MUSICOTERAPEUTA NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

A Musicoterapia se desvela como essencialmente multidisciplinar, pois seu embasamento está diretamente interligado a outras ciências como a Música, a Filosofia, a Biologia, a Medicina, a Antropologia, a Física e a Psicologia. Essas disciplinas formam parte importante dos conhecimentos da Musicoterapia (GODOY, 2014, p. 10; SCHAPIRA apud SILVA JÚNIOR, 2015, p. 45).

La musicoterapia involucra el arte musical y la ciencia. Ambas facetas comprender la formación de un profesional idóneo actualizado en los conocimientos de esta nueva era globalizada (tecnológica, ecológica, humanista, etc.) que sepa transmitir y comunicar eficientemente su pensamiento crítico, de modo científico, de impronta artística, y la eficacia del proceso terapéutico derivados de su propia práctica musicoterapéutica, aportándole sus competencias y saberes específicos a los profesionales dentro del entrama interdisciplinari” (ZAMANI apud PFEIFFER, 2017, p. 165).

A formação de equipes multi, inter e transdisciplinar voltadas ao atendimento de pessoas com algum tipo de deficiência, proporcionam benefícios dentro do âmbito clínico, isso se dá pela riqueza em ter objetivos comuns nos tratamentos e pela troca de informações entre os profissionais e as possibilidades em atendimentos compartilhados, ampliando ainda mais os ganhos para o paciente, onde cada profissional contribui com suas especifici-

dades. Atualmente, com a chegada da Musicoterapia dentro das instituições particulares e públicas por meio das Práticas Integrativas Complementares (PICS), em 2017, a inserção de profissionais devidamente formados tem sido frequente na configuração dessas equipes, potencializando e humanizando ainda mais os atendimentos.

A guisa de informação, o processo musicoterápico pode ser compreendido em estágios específicos, podendo variar um pouco de acordo com o olhar e a abordagem do terapeuta. Entretanto, a estrutura a seguir pode ser entendida como um esboço das diferentes etapas que dividem os atendimentos: encaminhamento, entrevista inicial (anamnese), contrato terapêutico, avaliação e objetivos terapêuticos, intervenções musicoterapêuticas, reavaliações e alta.

“A mera escuta ou audição da música não são suficientes para que o cérebro possa modificar suas redes e estruturas” (PFEIFFER; ZAMANI, 2017 p. 63, tradução nossa). Desse modo, e passando a perspectiva neurológica, o indivíduo pode ser envolvido em uma ativa participação no processo de produção musical, para que possam ser utilizados os diversos canais, resultando em uma experiência integrada de aspectos sociais, psicológicos, comunicativos, motores, sensoriais, cognitivos, criativos e espirituais.

No TEA, é sabido que para além de um diagnóstico, há uma composição de especificidades relacionadas ao indivíduo que delinham e norteiam todo o processo terapêutico. Em sua relação com a música e os sons não é diferente. A “identidade sonora” ou princípio de ISSO é um dos componentes mais importantes na compreensão da pessoa a ser atendida nesse sentido

(BENENZON, 1985). O termo, de autoria do musicoterapeuta argentino Bennenzon (1985), é um conjunto de elementos que correspondem a experiências, repertórios, preferências relacionados à música e/ou possibilidades sonoras às quais o atendido mantém relação desde a vida intrauterina, caracterizando seus comportamentos, gostos e proximidade de execuções musicais. Este quadro de informações é bastante sensível e nada mais é do que um histórico do paciente, que pode ser utilizado pelo terapeuta para dar mais coesão ao manejo dos atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A musicoterapia é um campo, ainda, em desenvolvimento no estado do Ceará, sendo uma das áreas que contribui grandemente para o tratamento, reabilitação e inclusão de pessoas com TEA, de maneira humana, dinâmica e interdisciplinar, podendo ser responsável pela redução de medicamentos, estresse e ansiedade dentro de um processo terapêutico.

Desde a intenção, o planejamento motor até a execução, improvisação, memorização e armazenamento de uma música no repertório de identidades sonoras, a música com o viés terapêutico, dentro de um processo bem estabelecido em suas diferentes etapas, se mostra como uma importante ferramenta no processo do desenvolvimento, sobretudo interacional, comunicativo, cognitivo e socioemocional.

O grande espectro de variáveis e combinações sonoras e musicais corresponde às inúmeras possibilidades frente ao pro-

cesso de terapia voltada para o TEA. O planejamento personificado e o olhar sensível e atento do terapeuta ao longo do processo são capazes de coadunar e enriquecer o trabalho individual ou multidisciplinar, a partir de ganhos já constatados nas áreas da psicologia, neurologia e afins.

REFERÊNCIAS

- BENZON, R. O. **Manual de Musicoterapia**. 1. ed. Tradução: Clementina Nastari; Enelivros, 1985. p. 182.
- BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Resolução 17**, de 20 de junho de 2011. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=115722>>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- COSTA, C. M. O panorama visto da ponte: a água que passou até 2005. In: **Revista da AMTRJ**, ano 1, ed. especial, n. 43, p. 21-36, 2019.
- GATTINO, G. S. **Musicoterapia e autismo: teoria e prática**. São Paulo: Memnon, 2015.
- GODOY, D. A. Musicoterapia, profissão e reconhecimento: uma questão de identidade, no contexto social brasileiro. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, n. 16, p. 6-25, 2014.
- GONÇALVES, A. C. S. **Ensino musical: escolha de repertório e objetivos sob a ótica do professor. Consonâncias e dissonâncias entre a teoria e a prática**. 2018. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação) – Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis, 2018.

LEINIG, C. E. **A música e a ciência se encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia.** Curitiba: Juruá, 2008. p. 608.

MADSEN, C. K. *A behavioral approach to music therapy.* **Journal of Music Therapy**, [S.l.], 1968.

MERCADAL-BROTONS, M. Modelo conductista. In: M. BETÉS DE TORO (Ed.), **Fundamentos de musicoterapia.** Madrid: Morata, 2000.

NOBRE, D. V. et al. Respostas Fisiológicas ao Estímulo Musical: Revisão de Literatura. **Revista Neurociências**, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 625-633, 2012.

PFEIFFER, C.; ZAMANI, C. *Explorando el cérebro musical: musicoterapia, música y neurociências.* 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Kier España S.L, 2017. p. 176.

QUEIROZ, G. J. P. **Aspectos da musicalidade e da música de Paul Nordoff e suas implicações na prática clínica.** São Paulo: Apontamentos, 2003.

SILVA JÚNIOR, J. D. da.; SÁ, L. C. de.; BACHION, M. M. Interfaces entre musicoterapia e bioética. **Brazilian Journal of Music Therapy**, [S. l.], n. 9, 2009. Disponível em: <<https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/293>> Acesso em: 26 abr. 2022.

STEINBRENNER, J. R. *et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism. The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team.* 2020, p. 62

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA - UBAM. **Definição Brasileira de Musicoterapia.** 2018. Disponível em: <https://ubammusicoterapia.com.br/definicao-brasileira-de-musicoterapia/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

ZMITROWICZ, J.; MOURA, R. Instrumentos de avaliação em musicoterapia: uma revisão. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, [S.l.], n. 24, p. 114-135, 2018.

SOBRE OS AUTORES

Ana Sáskya Vaz de Araújo

Graduada em Fonoaudiologia (UNIFOR); Mestranda em Gestão da Saúde (UECE); Cursando MBA em Gestão e Governança Pública (UNIPACE); Com formação no Programa Pathwork de Transformação Pessoal (PPTP) e Coordenadora do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Bráulio Costa Teixeira

Graduado em Enfermagem pela Faculdade Católica de Quixadá; Especialista em Gestão em Saúde FIOCRUZ; Residência em Saúde da Família e Comunidade pela ESP/CE; Mestrando em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE) e Orientador de Célula do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Cristiane Sales Leitão

Graduada em Fonoaudiologia (UNIFOR); Especialista em Sistemas de Gestão Integrados da Qualidade, Meio Ambiente, Responsabilidade Social e Segurança e Saúde no Trabalho (SENAC- SP); Mestre em Gestão em Saúde (UECE). Idealizadora do Comitê de Responsabilidade Social da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Lidia Andrade Lourinho

Graduada em Fonoaudiologia (UNIFOR) e em Pedagogia (UECE). Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional, em Moderna Educação e em Neuropsicopedagogia. Mestre em Educação em Saúde, doutora e pós-doutora em Saúde Coletiva. Docente dos mestrados em Ensino na Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente e Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará e dos cursos de Enfermagem e Psicologia da Faculdade Luciano Feijão. Orientadora da Célula de Psicopedagogia do Departamento de Saúde e Assistência Social da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Maria do Socorro Tavares Timbó

Graduada em Fonoaudiologia (UNIFOR); Pós-graduanda em Fonoaudiologia Clínica (UNIFOR), Especialista em Psicopedagogia (Unichistus) e em Educação (ULisboa), Mestranda em Educação pela Universidade de Lisboa/Portugal (ULisboa). Fonoaudióloga Clínica e Educacional, atuando no Colégio Art & Manha e nas sedes do Colégio Antares. Orientadora da Célula de Fonoaudiologia do Departamento de Saúde e Assistência Social da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará; Docente do Instituto Brasileiro de Formação de Educadores na Pós-graduação em Psicopedagogia e da Academia de Palestrante do Ceará na Universidade MRH; Terapeuta Centrada no Ser, formada na Dinâmica Energética do Psiquismo; *Coaching* Sistêmica pelo *International Coach Federation*.

Thamisa Mara Vasconcelos Nogueira

Graduação em Psicologia (UFC); Pós-graduanda em Transtorno do Espectro Autista com ênfase na intervenção comportamental (Faculdade Redentor); Atua na área da Psicologia Clínica para crianças, adolescentes e adultos; Psicóloga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Daisy Gomes de Sousa Perez

Graduada em Fisioterapia (Estácio); Especialista em traumatologia ortopedia e em neurologia; Fisioterapeuta do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Ingrid Melo Meireles Pinto

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pelo Centro Universitário Christus (Unichristus); Formação Internacional em TheraSuit Method e treinamento intensivo pediátrico; Capacitação em intervenção precoce pelo Núcleo de tratamento e estimulação precoce (NUTEP) (em andamento); Fisioterapeuta do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Leny Mara Guedes Monteiro Peixoto

Graduada em Fisioterapia (UNIFOR); Pós-graduada em Traumatologia e Ortopedia (Estácio); Fisioterapeuta do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Juliete Vaz Ferreira

Graduada em Fisioterapia e Mestre em Ciências Médicas (UFC); Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Integrada (ESP/CE); e membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Nayara Kelly Pires Lima

Graduada em Fonoaudiologia; Pós-graduada em Disfagia. Fonoaudióloga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Milena Loureiro de Oliveira Paz

Graduada em Fonoaudiologia; Pós-graduada em Linguagem e Pós-graduada em TEA e Transtornos do Neurodesenvolvimento; Fonoaudióloga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Georgia Patrícia Pontes Bezerra

Graduada em Fonoaudiologia; Pós-graduada em Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo e Deficiência Intelectual; Fonoaudióloga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Karmelina Maria Viana Pereira

Graduada em Fonoaudiologia; Pós-graduada em Linguagem; em Educação Especial; e em TEA e transtornos do neurodesenvolvimento; Fonoaudióloga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Ana Walquiria Fialho C. Bret de Moraes

Graduada em Fonoaudiologia; Pós-graduada em TEA e Transtornos do Neurodesenvolvimento; e em Distúrbios da Fala e Linguagem; Fonoaudióloga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Mariana Nocrato Moura

Graduada em Psicologia (UNIFOR); Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental com Aperfeiçoamento em Neuroaprendizagem; Pós-graduada em Neuropsicologia e em Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem (PUCRS); Psicóloga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Daniela Dias Furlani Sampaio

Graduada em Psicologia (UNIFOR); Mestre em Psicologia e Doutora em Educação pela (UFC); Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental (Unichristus); Especialista em TCC infantil juvenil (CTCVeda/SP) e Especialista em Terapia do Esquema (Wainer).

Arnislane Nogueira Silva

Graduada em Fisioterapia (UNIFOR); Especialista em Educação (UNINTA); Especialista em Fisioterapia cardiorrespiratória (UNIFOR); Especialista em Saúde da família (UNINTA); Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica (ASSOBRAFIR); Mestre em Ensino na Saúde (UECE); Fisioterapeuta da UTI Pediátrica do IJF.

Alany de Oliveira Bezerra Melo

Graduada em Pedagogia (UVA); Especialista em Psicopedagogia (Faculdade Euclides da Cunha) e Neuropsicopedagogia (Kurios); Psicogerontologia (UNILEYA - em conclusão); Psicopedagoga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará; Gestora do Espaço Desenvolver.

Francisca Nádia Ferreira Rocha

Graduada em pedagogia (UVA); Pós graduação Psicopedagogia (Faculdade Padre Dourado - FACPEP); Psicopedagoga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará; e Gestora do Sophia Espaço Cognitivo.

Francimeyre Martins Maropo

Graduada em Pedagogia (UVA) e Biologia (FGF); Pós-graduada em Psicopedagogia (UVA) e Gestão Escolar (FAEL); Psicopedagoga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Luciana Queiroz Silva Bem Coêlho

Psicopedagoga e arteterapeuta com formação em Psicanálise. Especialista em Gestão e Avaliação da Educação Pública. Pós-graduanda em Psicomotricidade Relacional. Presidente da Associação Brasileira de Psicopedagogia - Seção Ceará - Gestões 2017-19/2020-22. Gestora no Firmato Desenvolvimento Humano e Organizacional. Supervisora e docente. Psicopedagoga do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará; Co-autora e organizadora de livros na área.

Danielle Alves Zapardi

Graduada em Terapia Ocupacional (UNIFOR); Especialista em Desenvolvimento Infantil (UFC); Especialista na modalidade de Residência em Saúde Mental (Escola de de Saúde Pública/ Ministério da Saúde); Formação no Conceito Neuroevolutivo Bobath; Formação avançada no método Therasuit; Formação no modelo Dever; Certificação Internacional em Integração Sensorial e Educação Continuada (USC - University of South Califórnia); Fundadora da Certificação Brasileira em Integração Sensorial; Integrante do grupo de pesquisa do CNPQ: Inovação Tecnológica, inclusão Social, Desenvolvimento Infantil e Integração Sensorial. Terapeuta Ocupacional do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Ana Irene Alves de Oliveira

Graduada em Terapia Ocupacional; Bacharel em Psicologia; Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento/UFGA; Coordenadora do Curso de Certificação Brasileira em IS – Integris/UEPA e Orientadora do trabalho.

Carina Nogueira Diógenes

Psicóloga formada pela Unifor com MBA e pós-graduada em Gestão de Pessoas pela FGV, e Mestranda em Gestão em Saúde Pública através da UECE; Trabalha no Núcleo de Saúde Mental da Assembleia Legislativa do Ceará e na Secretaria de Segurança Pública do Estado do Ceará.

Carolina Rocha Peixoto

Mestranda em Psicologia pelo Programa de Psicologia da Universidade de Fortaleza- PPG-UNIFOR. (Bolsista Iolanda Queiroz); Membro do LAEPUS - Laboratório de Estudos sobre Psicanálise, Cultura e Subjetividade/UNIFOR; e Psicóloga clínica.

Milena Lima de Paula

Pós-doutora em Saúde Coletiva (UECE); Doutora em Saúde Coletiva (UECE); Mestre em Saúde Pública (UECE); Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (Faculdade Christus); Graduada em Psicologia (UNIFOR); membro do Grupo de pesquisa em saúde mental, família, práticas em Saúde mental e enfermagem (GRUPSFE); Atua principalmente nas áreas de psicologia da educação e saúde.

Leônia Cavalcante Teixeira

Professora Titular do Programa de Pós-Graduada em Psicologia (UNIFOR). Doutora em Saúde Coletiva (UERJ) e pós-doutora em Psicologia na Universidade Aberta de Lisboa. Psicóloga e psicanalista. Membro do LAEPUS – Laboratório de Estudos sobre Psicanálise, Cultura e Subjetividade; do GT “Psicanálise, política e clínica” da ANPEPP; da Rede Internacional Coletivo Amarrações – Psicanálise & Políticas com Juventudes; e do MCVI – “A universidade na prevenção e no enfrentamento da violência no Ceará”.

Lygia Herayde Gomes de Brito Bessa

Graduada em Psicologia (UNIFOR) e pós-graduada em Neuropsicodagnóstico, Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE); Trabalha no núcleo de Saúde Mental da Assembleia Legislativa e realiza atendimento clínico particular. Possui experiência no atendimento a populações em situação de vulnerabilidade e em intervenção em crise.

Minuchy Mendes Carneiro Alves

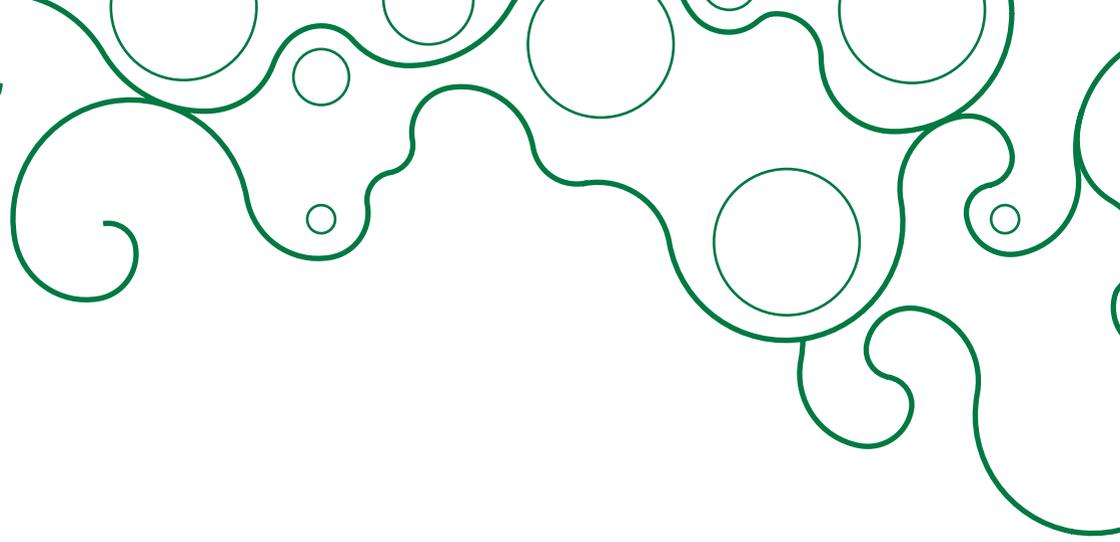
Graduada em Enfermagem (UFC); Especialista em Enfermagem Oncológica (ECO); Mestra em Saúde da Criança e Adolescente (UECE); Funcionária pública municipal - Enfermeira do PSF do Município de Fortaleza; Funcionária pública estadual - Enfermeira Oncológica.

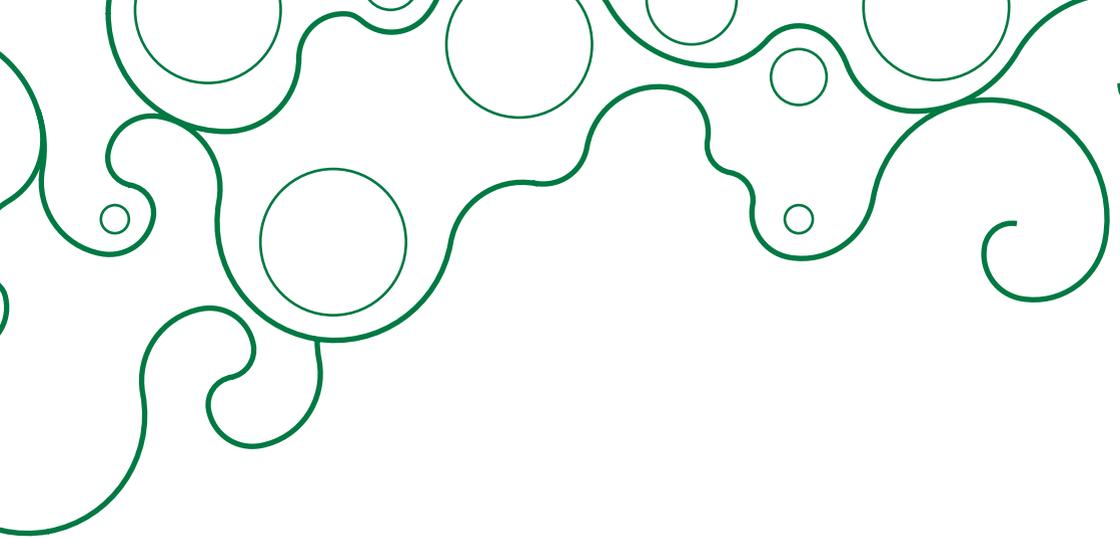
Daniel Rodrigo Félix da Silva

Graduado em Música (UECE); Especialista em Musicoterapia (FACPED); Formação na Abordagem Plurimodal de Musicoterapia; Pós-graduando em intervenção ABA para Autismo e Deficiência Intelectual; Professor; Consultor de carreira; e Musicoterapeuta do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Leandro Sousa Araújo

Graduado em Música (UFC); Especialista em Musicoterapia (Faculdade Padre Dourado); Professor, musicoterapeuta, cantor e multi-instrumentista com formação complementar nos campos da Música, Transtorno do Espectro do Autismo e deficiências. Membro da diretoria da Associação de Musicoterapia do Estado do Ceará (AMT-CE); Musicoterapeuta do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.









João Milton Cunha de Miranda
Diretor Executivo

Ernandes do Carmo
Coordenação Editora e Gráfica do Inesp

Cleomarcio Alves (Márcio), Francisco de Moura,
Hadson França e João Alfredo
Técnicos de Impressão, Acabamento e Montagem

Aurenir Lopes e Tiago Casal
Técnicos em Braille e Acessibilidade Digital

Mário Giffoni
Técnico de Diagramação

José Gotardo Filho e Valdemice Costa (Valdo)
Designers Gráficos

Rachel Garcia Bastos de Araújo
Redação

Luzia Lêda Batista Rolim
Assessoria de Comunicação/Imprensa

Lúcia Maria Jacó Rocha, Vânia Monteiro Soares Rios,
Marta Lêda Miranda Bezerra, Maria Marluce Studart Vieira
Milena Saraiva
Revisão

João Victor e Thaís Lúcio
Estagiários

Site: <https://al.ce.gov.br/index.php/institucional/inesp>

E-mail: inesp@al.ce.gov.br

Fone: (85) 3277-3701



Av. Desembargador Moreira 2807,
Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará
Site: www.al.ce.gov.br
Fone: (85) 3277-2500



ALECE

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
DO ESTADO DO CEARÁ

Mesa Diretora
2021-2022

Deputado Evandro Leitão
Presidente

Deputado Fernando Santana
1º Vice-Presidente

Deputado Dannel Oliveira
2º Vice-Presidente

Deputado Antônio Granja
1º Secretário

Deputado Audic Mota
2º Secretário

Deputada Érika Amorim
3ª Secretária

Deputado Ap. Luiz Henrique
4º Secretário

**EDIÇÕES
INESP
DIGITAL**

