

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
CURSO DE PSICOLOGIA**

EDINA MARIA AMANN PALOSCHI

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
UM ESTUDO SOBRE AS INTERVENÇÕES PSICOEDUCACIONAIS**

**CAÇADOR
2018**

EDINA MARIA AMANN PALOSCHI

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
UM ESTUDO SOBRE AS INTERVENÇÕES PSICOEDUCACIONAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como exigência para a obtenção do título de bacharel, do Curso de Psicologia, ministrado pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, sob orientação da professora Edilaine Casaletti.

**CAÇADOR
2018**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
UM ESTUDO SOBRE AS INTERVENÇÕES PSICOEDUCACIONAIS**

EDINA MARIA AMANN PALOSCHI

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

Bacharel em Psicologia

E aprovado na sua versão final em _____, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Psicologia.

Ana Cláudia Lawless
Coordenadora do Curso de Psicologia

BANCA EXAMINADORA:

Edilaine Casaletti (Presidente)

Membro

Membro

“Quem não sabe o que procura, não o reconhece quando encontra”.

Isabel Santos – Psicóloga Clínica

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) atualmente é uma problemática vivenciada por muitos indivíduos e suas famílias, e que se trata de uma patologia com sintomas presentes em crianças antes de seus 3 anos de idade. Torna-se um desafio para os pais e profissionais diagnosticar e intervir de maneira efetiva indivíduos com o referido transtorno. É importante ter conhecimento sobre o tema, visto que o TEA apresenta uma incidência significativa na sociedade, nas clínicas, nas escolas. O estudo do tema e a elaboração desse trabalho, pode contribuir de maneira a compreender a complexidade do assunto e também expor os modelos de intervenções psicoeducacionais existentes nos dias de hoje, os quais facilitam o trabalho com esses indivíduos e suas famílias. A fim de pesquisar os modelos de intervenções psicoeducacionais, o estudo teve alguns objetivos, como o de conceituar e contextualizar o TEA e seus transtornos relacionados; conceituar e contextualizar os modelos de intervenções psicoeducacionais; compreender as características associadas ao diagnóstico de TEA, as quais interferem no processo de ensino-aprendizagem e pesquisar os modelos de intervenção utilizados atualmente a fim de favorecer a aprendizagem dos indivíduos com diagnóstico de TEA. Realizou-se, então, uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo bibliográfica, a qual caracterizou-se em uma revisão da literatura, por meio das bases de dados eletrônicas e bibliografias relacionadas ao tema. Diante disso, verificou-se que existem muitas intervenções psicoeducacionais para indivíduos com TEA e efetivas nos seus objetivos, porém, o que se deve levar em conta, é a necessidade de o tratamento personalizado e intervenções que foquem toda a família, não só no indivíduo e a escola, pois a família precisa auxiliar esses a funcionar adaptativamente em nossa atual sociedade a fim de promover o aprendizado e a interação social.

Palavras-chave: autismo; intervenções; psicoeducação.

ABSTRACT

Autistic Spectrum Disorder (ASD) is currently a problem experienced by many individuals and their families, and it is a pathology with symptoms present in children before their 3 years of age. It becomes a challenge for parents and professionals to effectively diagnose and intervene individuals with the disorder. It is important to have knowledge about the subject, since the TEA has a significant impact on society, clinics, schools. The study of the subject and the elaboration of this work can contribute in a way to understand the complexity of the subject and also to expose the models of psychoeducational interventions that exist today, which facilitate the work with these individuals and their families. In order to investigate the models of psychoeducational interventions, the study had some objectives, such as to conceptualize and contextualize the TEA and its related disorders; conceptualize and contextualize the models of psychoeducational interventions; to understand the characteristics associated with the diagnosis of ASD, which interfere in the teaching-learning process and to investigate the intervention models currently used in order to favor the learning of individuals diagnosed with ASD. A qualitative research of the bibliographic type was carried out, which was characterized in a review of the literature, through the electronic databases and bibliographies related to the subject. Therefore, it was verified that there are many psychoeducational interventions for individuals with ASD and effective in their objectives, but what should be taken into account is the need for personalized treatment and interventions that target the whole family, not only in the individual and the school, because the family must help them to function adaptively in our current society in order to promote learning and social interaction.

Key words: autism; interventions; psychoeducation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Tríade clássica	13
Figura 2 - Figuras de intervenção com o PECS	41
Figura 3 - Programa Makaton.....	52
Figura 4 - Imagens utilizadas na intervenção com o Programa Makaton.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critério diagnóstico para Transtorno do Espectro Autista (DSM-V, (2014))	16
Quadro 2 - Níveis de gravidade.....	17
Quadro 3 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de zero a 6 meses) 18	
Quadro 4 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 6 a 12 meses) ...	20
Quadro 5 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 12 a 18 meses) .	21
Quadro 6 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 18 a 24 meses) .	23
Quadro 7 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 24 a 36 meses) .	25
Quadro 8 - Processo Histórico do Transtorno de Espectro Autista	28
Quadro 9 - Critérios diagnósticos para Transtorno do Espectro Autista.....	32
Quadro 10 - Estágios Fundamentais no processo de Ensino-Aprendizagem com TEA	35
Quadro 11 - Fases do Manual do PECS	42
Quadro 12 - Passos para Aplicação do ABA.....	44
Quadro 13 - Etapas das metas do Floortime.....	50
Quadro 14 - Níveis de dificuldade no Software	57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DESENVOLVIMENTO	12
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1.1 O Transtorno do Espectro Autista (TEA)	12
2.1.2 Características Diagnósticas do TEA	32
2.2 PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM EM INDIVÍDUOS COM TEA	33
2.2.1 Modelos de intervenção utilizados a fim de favorecer a aprendizagem dos indivíduos com diagnóstico de TEA	38
2.2.1.1 TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação) - Estimular o Desenvolvimento Social e Comunicativo	39
2.2.1.2 PECS (Sistema de Comunicação Através da Troca de Figuras)	40
2.2.1.3 ABA (Análise Aplicada do Comportamento) - Diminuindo Comportamentos	43
2.2.1.4 SON-RISE (Programa de estímulo responsivo de interação).....	46
2.2.1.5 Abordagem <i>Floortime</i> - Modelo DIR de Intervenção (Developmental, Individual Difference, Relationship-Based).....	48
2.2.1.6 MAKATON (Sistema de Sinais).....	51
2.2.1.7 COMUNICAÇÃO FACILITADA: melhorar as habilidades de linguagem	53
2.2.1.8 MIND-READ – treinamento projetado para aumentar a capacidade de se colocar no ponto de vista do outro	54
2.2.1.9 LOVAAS - Aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas – programa comportamental intensivo	55
2.2.1.10 Teoria da Mente (TOM)	55
2.2.1.11 SOFTWARE “Descobrimo Emoções”	57
2.3 METODOLOGIA.....	58
2.3.1 Natureza e Tipo de Pesquisa	59
2.3.3 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados.....	59
2.3.4 Procedimentos	59
2.4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	60
3 CONCLUSAO	64
REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

Definir o autismo é uma tarefa muito complexa, na maioria dos casos o que temos é uma descrição deste, muito distante de uma definição concreta, precisa e objetiva.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) delinea-se por prejuízos persistentes na comunicação e na interação social, como também, nos comportamentos que podem incluir interesses e padrões de atividades, sendo possível observar os sintomas desde o início da infância, os quais podem limitar e prejudicar o funcionamento diário da pessoa. Antes dos 3 anos de idade, provavelmente aparecerão os sintomas relacionados à poucas ou limitadas manifestações sociais, habilidades com a comunicação não desenvolvidas, interesses, comportamentos e atividades repetitivas.

A palavra autismo pode ser associada a diversas síndromes e os sintomas variam bastante, o que explica por que atualmente refere-se ao autismo como um Espectro de Transtornos.

Este estudo visa a compreensão do diagnóstico psicológico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), bem como os modelos de intervenção psicoeducacionais com base nos estudos científicos na área. Tem como objetivo responder a seguinte pergunta: Qual a compreensão do diagnóstico psicológico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), bem como os modelos de intervenção psicoeducacionais.

Entende-se a importância de tratar deste tema, tendo em vista, que é uma problemática vivenciada por muitos indivíduos e suas famílias. Por ser uma patologia com sintomas presentes muito cedo, alguns antes de seus 3 anos de idade, torna-se um desafio para os profissionais diagnosticar e intervir de maneira efetiva, bem como para os pais e demais familiares entenderem e buscarem auxílio adequado. Compreendendo como é realizado o diagnóstico, e o auxílio disso no processo de ensino-aprendizagem, tendo como princípios os modelos de intervenção psicoeducacionais, entende-se ser possível atuar efetivamente com os indivíduos com TEA.

Tendo em vista a relevância do trabalho em nível acadêmico, o conhecimento acerca da avaliação diagnóstica do TEA e as possibilidades de intervenções psicoeducacionais, devem favorecer o crescimento profissional do acadêmico de

Psicologia, bem como das demais áreas afins, além de facilitar a compreensão acerca da orientação prestada às famílias.

Acerca da importância social dessa pesquisa, pode-se dizer que o resultado desse trabalho poderá auxiliar pais, professores e demais cidadãos a compreender melhor os aspectos relacionados ao TEA, bem como facilitará o acesso a informações sobre as intervenções possíveis e necessárias, as quais podem melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com o transtorno.

Cientificamente, esse estudo contribuirá, pois abordará um tema complexo, atual e intensamente estudado por inúmeros pesquisadores. Além disso, pesquisar o diagnóstico e as intervenções psicoeducacionais enriquecerá o acervo bibliográfico dessa temática.

Com o objetivo de compreender o diagnóstico psicológico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), bem como os modelos de intervenção psicoeducacionais, tornou-se necessário estabelecer alguns objetivos específicos que irão ao encontro de contemplar a conceptualização e contextualizar do TEA e seus transtornos relacionados, compreender as características associadas ao diagnóstico psicológico de TEA, as quais interferem no processo psicoeducacional, pesquisar os modelos de intervenção utilizados a fim de favorecer a aprendizagem dos indivíduos com diagnóstico de TEA e organizar os estudos científicos encontrados sobre os aspectos diagnósticos do TEA e os modelos de intervenções psicoeducacionais, bem como analisa-los e discuti-los de maneira a encontrar resposta para o problema de pesquisa.

Para a realização desse trabalho, usou-se pesquisa de natureza qualitativa do tipo bibliográfica, a qual caracteriza-se em uma revisão da literatura, por meio das bases de dados eletrônicas e bibliografias relacionadas ao tema. Ao final da coleta de dados foi realizada discussão das informações obtidas, bem como uma análise das principais ideias e autores para chegar a resposta do problema de pesquisa.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 O Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O termo “autismo” tem sua origem no grego *autos*, e significa, “dentro de si mesmo”, esta definição retrata a grande introspecção característica das pessoas autistas, uma vez que pela dificuldade em concentrar-se ao ambiente acaba por apresentar um repertório curto de interesses e uma dificuldade acentuada em relacionar-se com os demais (CUNHA, 2009).

Assumpção (2014) coloca que a expressão autismo foi utilizada pela primeira vez por Eugene Bleuler, em 1911, para designar a perda de contato com a realidade acarretando dificuldade ou impossibilidade de comunicação, comportamento esse que foi por ele observado em pacientes diagnosticados com quadro de esquizofrenia.

O mesmo autor acima, pontua que em 1943, Leo Kanner escreveu um artigo após uma pesquisa com crianças, destacando o termo “autismo” de Bleuler de 1911, para um transtorno com quadros de isolamento extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia.

Parafraseando Assumpção (2014), Kanner ao observar as crianças que atendia, percebia um número significante de características que as diferenciavam das demais crianças e com maior prevalência em meninos do que em meninas. Em todos os casos percebia a presença de uma mesma incapacidade de relacionar-se, presente desde o início da vida, além de movimentos corporais repetitivos e estereotípias e uma resistência a mudança de rotina.

Os estudos de Kanner foram fundamentais para se descobrir uma nova síndrome, e sua definição básica sobre o autismo permanece até os dias de hoje (CUNHA, 2009).

Em 1944, na Áustria, Hans Asperger publicou sua tese de Doutorado, na qual escreveu sobre quatro crianças que apresentavam características semelhantes as descritas por Kanner.

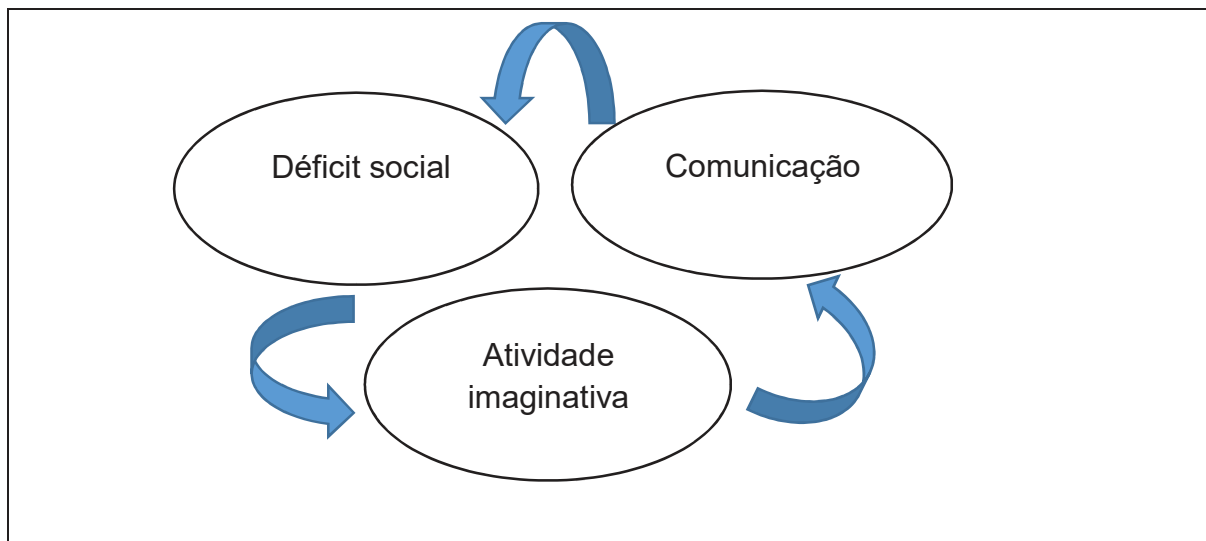
Kanner e Asperger descrevem crianças com habilidades cognitivas extremamente irregulares e, ao mesmo tempo, habilidades extraordinárias, em especial no campo da memória repetitiva e das habilidades visuais,

coexistindo com profundo déficits de senso comum e julgamento (ASSUMPÇÃO, 2014, pg. 45).

Baptista (2018), destaca em sua obra que, em 1967 os critérios diagnósticos são organizados levando em conta as características de dificuldade de relacionamentos, retardo intelectual em alguns casos, dificuldades na fala, reações diversas e consideradas anormais aos estímulos sensoriais e muita resistência a mudança. Em 1969, Baptista (2018, p,182), “acrescentou-se a esses critérios a ausência de medo, uso de gestos para solicitações, riso sem motivo, pouco contato afetivo, hiperatividade, interesses comuns a objetos e jogos e movimentos repetitivos”.

Para Gilbert (1990), o autismo foi também considerado uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas e definido como uma inadequação no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave por toda a vida, apresentando-se como uma tríade clássica de déficit social, de comunicação e de atividade imaginativa.

Figura 1: Tríade clássica



Fonte: (GILBERT, 1990).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento que, em sua apresentação clássica afeta milhões de pessoas no mundo. As manifestações que caracterizam seu contexto sintomático são basicamente comportamentais e qualitativas, relacionadas à dificuldade na interação social e na comunicação, além de evidenciarem-se padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados.

O Transtorno do Espectro Autista pode ser descrito como uma condição que se manifesta no início do período de desenvolvimento e acarreta dificuldades no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. (DIAS e SEABRA, 2018). O TEA se caracteriza, segundo os autores, pelo desenvolvimento acentuado e atípico na interação social e na comunicação, como também pela presença de um comportamento próprio de restrição de atividades e interesses.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem início precoce, curso crônico e é caracterizado principalmente por um desvio no desenvolvimento da sociabilidade e por padrões de comportamentos alterados. A apresentação clínica desses quadros é altamente variável, impactando em maior ou menor grau diversas áreas do desenvolvimento, como comunicação, aprendizado, adaptação, alguns indivíduos com TEA podem apresentar dificuldades graves de relacionamento social, enquanto outros aceitam passivamente as interações sociais, mas não as iniciam e têm dificuldade em mantê-las de forma convencional (BOSA, 2017, pag. 7).

Cunha (2009) discorre sobre a causa dos Transtornos do Espectro Autista, destacando que durante alguns anos chegou-se a especular que um dos fatores causadores do transtorno seria o comportamento frio e indiferente dos pais para com o filho (a) principalmente na relação da mãe-filho (a), o que chegou a chamar de “mães-geladeira”.

Durante anos, a leitura psicanalítica enfatizou o papel da função materna e paterna no aparecimento do autismo. Hoje, sabe-se que o autismo não advém dessa relação. Credita-se o comprometimento autista a alterações biológicas, hereditárias ou não. Os pesquisadores de formação psicanalítica, que se interessam pelo autismo, objetivando a melhoria do tratamento terapêutico, ao mesmo tempo em que tentavam descortinar os mecanismos psicológicos atuantes na síndrome, contribuíram grandemente para os estudos que visavam elucidar o espectro (CUNHA, 2009, p.25).

Bianchi (2017), destaca em seu estudo sobre o TEA que a dificuldade de um diagnóstico preciso e comum a todos os autistas, ocorre devido ao fato de um caso de autismo nunca ser idêntico ao outro, o que também acontece com suas causas, é difícil encontrar as semelhanças do tipo de gestação ou alteração no desenvolvimento que sejam iguais em diferentes casos.

Para Gillberg (2005) os Transtornos do Espectro Autista possuem variantes e estas podem ser descritas a partir da tríade de deficiências, ou seja: prejuízo grave do desenvolvimento de interações sociais; prejuízo grave do desenvolvimento da comunicação; e limitação da variabilidade de comportamentos.

Ainda de acordo com o autor supracitado, este destaca como características do TEA: o prejuízo no desenvolvimento de interações sociais a ausência de contato visual com o outro durante as interações sociais; a dificuldade de interação com crianças da mesma idade, sendo a interação com crianças mais velhas e com adultos mais fácil; a falta de reciprocidade sócio emocional, ou seja, a dificuldade em expressar suas emoções para o outro e em ser afetado pelas emoções do outro; e a ausência de procura espontânea de compartilhamento do prazer, isto é, as crianças autistas, inicialmente, não buscam mostrar ao outro algo que lhes causa prazer, não procuram dividir com o outro suas emoções.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Nesse manual, os sintomas do diagnóstico de esquizofrenia faziam referência às “reações” psicóticas em crianças (reação esquizofrênica), relacionando-as com o autismo. Em 1968 foi criada a segunda edição do DSM aonde o ter “reação” foi eliminado, e a classificação passou a ser “Esquizofrenia tipo infantil”. Na terceira edição do DSM publicada em 1980, listava-se o autismo infantil em uma categoria denominada Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Em 1987, em sua revisão denominada DSM-III-R, foi abordado o termo Transtorno Autista. Critérios e diagnósticos específicos foram implementados e divididos em categorias, em que o sujeito deveria se enquadrar para obter o diagnóstico (GRANDIN; PANEK, 2015).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) descreve que os TGD caracterizam-se pelo comprometimento severo e invasivo em três áreas do desenvolvimento, sendo elas: habilidades de comunicação; presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas, e habilidades de interação social recíproca. Já o DSM-IV apresenta dezesseis critérios detalhados, agrupados em três domínios da disfunção.

Para um diagnóstico de autismo, seis critérios ou mais precisavam estar presentes, com pelo menos dois da categoria social e um de cada uma das demais categorias, sendo elas:

Prejuízo na interação social amplo e persistente, podendo haver um fracasso no desenvolvimento de relacionamentos com seus pares e no uso de comportamentos não verbais (exemplo: contato visual direto, posturas, gestos corporais e expressão facial); falta de busca espontânea pelo prazer compartilhado, interesses ou realizações com outras pessoas (exemplo: não apontam, mostram ou trazem objetos que consideram interessantes) e falta de reciprocidade social (exemplo: não participa de brincadeiras, preferindo atividades solitárias); alterações da comunicação, afetando habilidades

verbais e não verbais com atraso ou ausência da linguagem falada, podendo haver um uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático da linguagem (exemplo: repetição de palavras ou frases, linguagem que somente é entendida por familiares); a fala, o timbre, a entonação, a velocidade, o ritmo ou a ênfase podem ser anormais (exemplo: tom de voz monótono ou elevado); no comportamento, padrões restritos, repetitivos e estereotipados de interesses e atividades podem ocorrer, com adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais, com maneirismos motores estereotipados e repetitivos ou uma preocupação com partes de objetos (exemplo: botões, partes do corpo); resistência frente a mudanças (exemplo: mudança ou alteração de ambiente); movimentos corporais estereotipados envolvendo as mãos (exemplo: bater palmas, estalar os dedos) ou o corpo todo (exemplo: inclinação abrupta, oscilação do corpo, balanço), postura (exemplo: movimentos atípicos das mãos e postura) (APA, 2002).

Em 2014 foi lançado o DSM-V, e conforme destacam Halgin & Whitbourne (2015) foi retirada a Síndrome de Rett do TEA, uma vez que seu gene, chamado de MECP2, localizado no cromossoma X e identificado em 1999, ocorre quase que exclusivamente em meninas. O desenvolvimento da doença acontece, normalmente, até os quatro anos de idade, para posteriormente apresentar prejuízos cognitivos e neurológicos, desaceleração do crescimento da cabeça e o surgimento de alguns sintomas do TEA.

Critérios diagnósticos de acordo com o DSM-V (2014) estão descritos no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 - Critério diagnóstico para Transtorno do Espectro Autista (DSM-V, 2014)

A- Deficiências persistentes na comunicação e interação social:

1. Limitação na reciprocidade social e emocional;
2. Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social;
3. Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar as diversas situações sociais.

B- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos observados ou pela história clínica:

1. Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala;
2. Insistência nas mesmas coisas, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais;
3. Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco;

4. Hiper ou hiporreativo a estímulos sensoriais do ambiente

C- Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente manifestos até que a demanda social exceder suas capacidades ou podem ficar mascarados por algumas estratégias de aprendizado ao longo da vida

D- Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento atual do paciente

E- Esses distúrbios não são melhores explicados por deficiência cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.

Fonte: DSM-V (2014)

E os níveis de gravidade são:

Quadro 2 - Níveis de gravidade

<p>Nível 1: Exige apoio.</p> <p><u>Comunicação social:</u> Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.</p> <p><u>Comportamentos restritos e repetitivos:</u></p>	<p>Nível 2: Exige apoio substancial.</p> <p><u>Comunicação social:</u> Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha</p> <p><u>Comportamentos restritos e repetitivos:</u></p>	<p>Nível 3: Exige apoio muito substancial.</p> <p><u>Comunicação social:</u> Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas</p> <p><u>Comportamentos restritos e repetitivos:</u></p>
---	--	--

Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento / dificuldade para mudar o foco ou as ações.
--	---	--

Fonte: (DSM V, 2014).

O tratamento do autismo deve envolver uma ação interdisciplinar. O plano de intervenção deve ser baseado no perfil de cada criança e nas suas habilidades a serem desenvolvidas (PETERSON & WAINER, 2011).

O Ministério da Saúde, tem em suas Diretrizes, uma que orienta os profissionais que atuam com indivíduos que tem TEA e seus familiares; entre os destaques cita-se o quadro abaixo relacionado.

Quadro 3 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de zero a 6 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de Alerta para TEA
(de zero a 6 meses)	Interação social	<p>Por volta dos 3 meses de idade, a criança passa a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador.</p> <p>Em torno dos 6 meses de idade, é possível observar que a criança presta mais atenção a pessoas do que a objetos ou brinquedos.</p>	<p>A criança com TEA pode não fazer isso ou fazer com frequência menor.</p> <p>A criança com TEA pode prestar mais atenção a objetos.</p>

(de zero a 6 meses)	Linguagem	<p>Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de “susto”, choro e tremor.</p> <p>Desde o começo, a criança apresenta balbucio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios de volume e intensidade variados na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6 meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.</p> <p>No início, o choro é indiscriminado. Por volta dos 3 meses, há o início de diferentes formações de choro: choro de fome, de birra etc. Esses formatos diferentes estão ligados ao momento e/ou a um estado de desconforto.</p>	<p>A criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.</p> <p>A criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.</p> <p>A criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa</p>
(de zero a 6 meses)	Brincadeiras	A criança olha para o objeto e o explora de diferentes formas (sacode, atira, bate etc.)	Ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicador de TEA.
(de zero a 6 meses)	Alimentação	A amamentação é um momento privilegiado de atenção, por parte da criança, aos gestos, às	A criança com TEA pode apresentar dificuldades nesses aspectos.

		expressões faciais e à fala de seu cuidador.	
--	--	--	--

Fonte: Ministério da Saúde (<http://portalmis.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes>, acesso em 03/10/2018).

Quadro 4 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 6 a 12 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de Alerta para TEA
(de 6 a 12 meses)	Interação social	As crianças começam a apresentar comportamentos antecipatórios (por exemplo: estender os braços e fazer contato visual para “pedir” colo) e imitativos (por exemplo: gesto de beijo).	Crianças com TEA podem apresentar dificuldades nesses comportamentos.
(de 6 a 12 meses)	Linguagem	<p>Choro bastante diferenciado e gritos menos aleatórios.</p> <p>Balucio se diferenciando. Risadas e sorrisos.</p> <p>Atenção a convocações (presta atenção à fala materna ou do cuidador e começa a agir como se “conversasse”, respondendo com gritos, balucios, movimentos corporais).</p> <p>A criança começa a atender ao ser chamada pelo nome. A criança começa a repetir gestos de acenos</p>	<p>Crianças com TEA podem gritar muito e manter seu choro indiferenciado, criando uma dificuldade para o seu cuidador entender suas necessidades.</p> <p>Crianças com TEA tendem ao silêncio e a não manifestar amplas expressões faciais com significado.</p> <p>Crianças com TEA tendem a não agir como se conversassem.</p> <p>Crianças com TEA podem ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque.</p>

		e palmas. Começa também a mostrar a língua, dar beijo etc.	A criança com TEA pode não repetir gestos (manuais e/ou corporais) em resposta a uma solicitação ou pode passar a repeti-los fora do contexto, aleatoriamente.
(de 6 a 12 meses)	Brincadeiras	Começam as brincadeiras sociais (como brincar de esconde-esconde). A criança passa a procurar o contato visual para a manutenção da interação.	A criança com TEA pode precisar de muita insistência do adulto para se engajar nas brincadeiras.
(de 6 a 12 meses)	Alimentação	Período importante, porque serão introduzidas texturas e sabores diferentes (sucos e papinhas) e, sobretudo, porque será iniciado o desmame.	A criança com TEA pode ter resistência a mudanças e novidades na alimentação.

Fonte: Ministério da Saúde (<http://portalmms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes>, acesso em 03/10/2018).

Quadro 5 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 12 a 18 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de Alerta para TEA
(de 12 a 18 meses)	Interação social	Dos 15 aos 18 meses, a criança aponta (com o dedo indicador) para mostrar coisas que despertam a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações (sons). Em vez de apontarem, elas podem “mostrar” as coisas de outra forma (por exemplo:	A ausência ou raridade desse gesto de atenção de compartilhamento pode ser um dos principais indicadores de TEA.

		colocando-as no colo da pessoa ou em frente aos seus olhos).	
(de 12 a 18 meses)	Linguagem	<p>Surgem as primeiras palavras (em repetição) e, por volta do 18o mês, os primeiros esboços de frases (em repetição à fala de outras pessoas).</p> <p>A criança desenvolve mais amplamente a fala, com um uso gradativamente mais apropriado do vocabulário e da gramática. Há um progressivo descolamento de usos “congelados” (em situações muito repetidas do cotidiano) para um movimento mais livre na fala.</p> <p>A compreensão vai também saindo das situações cotidianamente repetidas e se ampliando para diferentes contextos.</p> <p>A comunicação é, em geral, acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças (por exemplo: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa ou então constrangimento, “vergonha”).</p>	<p>A criança com TEA pode não apresentar as primeiras palavras nesta faixa de idade.</p> <p>A criança com TEA pode não apresentar esse descolamento. Sua fala pode parecer muito adequada, mas porque está em repetição, sem autonomia.</p> <p>A criança com TEA mostra dificuldade em ampliar sua compreensão de situações novas.</p> <p>A criança com TEA tende a apresentar menos variações na expressão facial ao se comunicar, a não ser expressões de alegria, excitação, raiva ou frustração</p>
(de 12 a 18 meses)	Brincadeiras	Aos 12 meses, a brincadeira exploratória é ampla e variada. A criança gosta de	A criança com TEA tende a explorar menos os objetos e, muitas vezes, fixasse em

		<p>descobrir os diferentes atributos (textura, cheiro etc.) e as funções dos objetos (sons, luzes, movimentos etc.).</p> <p>O jogo de “faz de conta” emerge por volta dos 15 meses e deve estar presente de forma mais clara aos 18 meses de idade.</p>	<p>algumas de suas partes sem explorar suas funções (por exemplo: passa mais tempo girando a roda de um carrinho do que empurrando-o).</p> <p>Em geral, isso não ocorre no TEA.</p>
(de 12 a 18 meses)	Alimentação	A criança gosta de descobrir as novidades na alimentação, embora possa resistir um pouco no início.	A criança com TEA pode ser muito resistente à introdução de novos alimentos na dieta.

Fonte: Ministério da Saúde (<http://portalmis.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes>, acesso em 03/10/2018).

Quadro 6 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 18 a 24 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de Alerta para TEA
(de 18 a 24 meses)	Interação social	<p>Há interesse em pegar objetos oferecidos pelo seu parceiro cuidador. A criança olha para o objeto e para quem o oferece.</p> <p>A criança já segue o apontar ou o olhar do outro em várias situações.</p>	<p>A criança com TEA pode não se interessar e não tentar pegar objetos estendidos por pessoas ou fazê-lo somente após muita insistência.</p> <p>A criança com TEA pode não seguir o apontar ou o olhar dos outros. Pode não olhar para o alvo ou olhar apenas para o dedo de quem está apontando. Além disso, não alterna seu olhar entre a pessoa que aponta e o objeto que está sendo apontado.</p>

		A criança, em geral, tem a iniciativa espontânea de mostrar ou levar objetos de seu interesse ao seu cuidador.	Nos casos de TEA, a criança, em geral, só mostra ou dá algo para alguém se isso se reverter em satisfação de alguma necessidade sua imediata (abrir uma caixa, por exemplo, para que ela pegue um brinquedo pelo qual ela tenha interesse imediato: uso instrumental do parceiro).
(de 18 a 24 meses)	Linguagem	<p>Por volta de 24 meses, surgem os “erros”, mostrando o descolamento geral do processo de repetição da fala do outro em direção a uma fala mais autônoma, mesmo que sem o domínio das regras e convenções (por isso aparecem os “erros”).</p> <p>Os gestos começam a ser amplamente usados na comunicação.</p>	<p>A criança com TEA tende à ecolalia.</p> <p>A criança com TEA costuma utilizar menos gestos e/ou utilizá-los aleatoriamente. Respostas gestuais, como acenar com a cabeça para “sim” e “não”, também podem estar ausentes nessas crianças entre os 18 e os 24 meses.</p>
(de 18 a 24 meses)	Brincadeiras	Por volta dos 18 meses, os bebês costumam reproduzir o cotidiano por meio de um brinquedo ou uma brincadeira. Descobrem a função social dos brinquedos (por exemplo: fazem o	A criança com TEA pode ficar fixada em algum atributo do objeto, como a roda que gira ou uma saliência pela qual ela passa os dedos, não brincando apropriadamente com

		<p>animalzinho “andar” e produzir sons).</p> <p>As crianças usam brinquedos para imitar as ações dos adultos (por exemplo: dão a mamadeira a uma boneca, dão “comidinha” usando uma colher, “falam ao telefone” etc.) de forma frequente e variada.</p>	<p>o que o brinquedo representa.</p> <p>Em crianças com TEA, essa forma de brincadeira está ausente ou é rara.</p>
(de 18 a 24 meses)	Alimentação	<p>Período importante porque em geral: 1º) ocorre o desmame; 2º) começa a passagem dos alimentos líquidos/pastosos, frios/mornos para alimentos sólidos/semisólidos, frios/quentes/mornos, doces/salgados/amargos; variados em quantidade; oferecidos em vigília, fora da situação de criança deitada ou no colo; 3º) começa a introdução da cena alimentar: mesa/cadeira/utensílios (prato, talheres, copo) e a interação familiar/social.</p>	<p>A criança com TEA pode resistir às mudanças, pode apresentar recusa alimentar ou insistir em algum tipo de alimento, mantendo, por exemplo, a textura, a cor, a consistência etc. Pode, sobretudo, resistir em participar da cena alimentar.</p>

Fonte: Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes>, acesso em 03/10/2018).

Quadro 7 - Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta (de 24 a 36 meses)

		Indicadores do desenvolvimento infantil	Sinais de Alerta para TEA
(de 24 a 36 meses)	Interação social	Os gestos (o olhar, o apontar etc.) são acompanhados pelo intenso aumento na capacidade de	Os gestos e comentários em resposta ao adulto tendem a aparecer isoladamente ou após

		comentar e/ou fazer perguntas sobre os objetos e as situações que estão sendo compartilhadas. A iniciativa da criança em apontar, mostrar e dar objetos para compartilhá-los com o adulto aumenta em frequência.	muita insistência. As iniciativas são raras. Tal ausência é um dos principais sinais de alerta para TEA.
(de 24 a 36 meses)	Linguagem	<p>A fala está mais desenvolvida, mas ainda há repetição da fala do adulto em várias ocasiões, com utilização no contexto da situação de comunicação.</p> <p>A criança começa a contar pequenas histórias, a relatar eventos próximos já acontecidos, a comentar eventos futuros, sempre em situações de diálogo (com o adulto sustentando o discurso).</p> <p>A criança canta e pode recitar uma estrofe de versinhos (em repetição). Já faz distinção de tempo (passado, presente e futuro), de gênero (masculino e feminino) e de número (singular e plural), quase sempre de forma adequada (sempre em contexto de diálogo). Produz a maior parte dos sons da língua, mas pode</p>	<p>A criança com TEA pode apresentar repetição de fala da outra pessoa sem relação com a situação de comunicação.</p> <p>A criança com TEA pode apresentar dificuldades ou desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano. Pode repetir fragmentos de relatos e narrativas, inclusive de diálogos, em repetição e de forma independente da participação da outra pessoa.</p> <p>A criança com TEA pode tender à ecolalia. A distinção de gênero, número e tempo não acontece. Cantos e versos só são recitados em repetição aleatória. A criança não “conversa” com o adulto.</p>

		apresentar “erros”. A fala tem uma melodia bem infantil ainda. A voz geralmente é mais agudizada.	
(de 24 a 36 meses)	Brincadeiras	<p>A criança, nas brincadeiras, usa um objeto “fingindo” que é outro (um bloco de madeira pode ser um carrinho, uma caneta pode ser um avião etc.). A criança brinca imitando os papéis dos adultos (de “casinha”, de “médico” etc.), construindo cenas ou estórias. Ela própria e/ou seus bonecos são os “personagens”.</p> <p>A criança gosta de brincar perto de outras crianças (ainda que não necessariamente com elas) e demonstra interesse por elas (aproximar-se, tocar e se deixar tocar etc.).</p> <p>Aos 36 meses, a criança gosta de propor/engajar-se em brincadeiras com outras da mesma faixa de idade.</p>	<p>A criança com TEA raramente apresenta esse tipo de brincadeira ou o faz de forma bastante repetitiva e pouco criativa.</p> <p>A ausência dessas ações pode indicar sinal de TEA. As crianças podem se afastar, ignorar ou limitar-se a observar brevemente outras crianças à distância.</p> <p>A criança com TEA, quando aceita participar das brincadeiras com outras crianças, em geral, tem dificuldades em entendê-las.</p>
(de 24 a 36 meses)	Alimentação	<p>A criança já participa das cenas alimentares cotidianas: café da manhã, almoço e jantar. É capaz de estabelecer separação dos alimentos pelo tipo de refeição ou situação (comida de lanche, festa, almoço de domingo etc.). Há o</p>	<p>A criança com TEA pode ter dificuldade com este esquema alimentar: permanecer na mamadeira, apresentar recusa alimentar, não participar das cenas alimentares e não se adequar aos “horários” de alimentação. Pode</p>

		início do manuseio adequado dos talheres. A alimentação está contida ao longo do dia (retirada das mamadeiras noturnas).	querer comer a qualquer hora e vários tipos de alimento ao mesmo tempo. Pode passar por longos períodos sem comer. Pode só comer quando a comida for dada na boca ou só comer sozinha etc.
--	--	--	--

Fonte: Ministério da Saúde (<http://portalmis.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes>, acesso em 03/10/2018).

No quadro 8, nomeado “Processo Histórico do Transtorno de Espectro Autista”, será possível conhecer um pouco da história e evolução, tanto diagnóstica como das nomenclaturas utilizadas até os dias atuais.

Quadro 8 - Processo Histórico do Transtorno de Espectro Autista

HISTÓRICO DO AUTISMO
1908 – Eugen Bleuler, psiquiatra suíço usa pela primeira vez o termo “autismo” para descrever um grupo de sintomas que relaciona à esquizofrenia. A palavra tem raízes no grego “autos” (eu).
1943 – Leo Kanner, psiquiatra austríaco, radicado nos Estados Unidos e diretor de psiquiatria infantil do Johns Hopkins Hospital, publica a obra “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Nela, descreveu casos de onze crianças que tinham em comum “um isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da mesmice, denominando-as autistas” e usou o termo “autismo infantil precoce”, pois sintomas já apareciam na primeira infância. Ele observou que essas crianças respondiam de maneira incomum ao ambiente, incluíam maneirismos motores estereotipados, resistência à mudança ou insistência na monotonia, bem como aspectos não usuais das habilidades de comunicação, tais como a inversão dos pronomes e a tendência ao eco na linguagem – ecolalia. Leo Kanner contextualiza essas observações no desenvolvimento, assim como enfatiza a predominância dos déficits de relacionamento social e dos comportamentos incomuns.
1944 – Hans Asperger, psiquiatra e pesquisador austríaco, quase ao mesmo tempo que Leo Kanner, escreve o artigo “A psicopatia autista na infância” que um ano depois é publicado. Ele observou que o padrão de comportamento e habilidades que descreveu, ocorria preferencialmente em meninos, que essas crianças apresentavam deficiências sociais graves – falta de empatia, baixa capacidade de fazer amizades, conversação unilateral, intenso foco em um assunto de interesse especial e movimentos descoordenados. Apesar da aparente precocidade verbal de seus assuntos, Asperger chamava as crianças que estudou de pequenos professores, devido à habilidade de discorrer sobre um tema de maneira detalhada. Em virtude de suas publicações terem sido publicadas em

alemão e seu principal trabalho na época da guerra, seu relato recebeu reduzida atenção e só na década de 1980 seu nome foi reconhecido como um dos pioneiros no estudo do autismo. A Síndrome de Asperger deve seu nome a ele.

1952 – DSM-I – A Associação Americana de Psiquiatria publica a primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais*. Esse manual fornece uma nomenclatura e critérios padrão para o diagnóstico de transtorno mental. Nesta primeira edição, sintomas autísticos semelhantes eram classificados como um subgrupo da esquizofrenia infantil. Autismo não era considerado como um diagnóstico separado.

1950/1960 – Durante os anos 50, houve muita confusão sobre a natureza do autismo e sua etimologia, e a crença mais comum era de que o autismo era causado por pais não emocionalmente responsivos a seus filhos – a hipótese da “mãe geladeira” – e atribuíam a causa à falta de calor maternal. Leo Kanner cunhou o termo, mas foi o psicanalista Bruno Bettelheim que o popularizou. Após a 2ª Guerra Mundial, havia vários trabalhos psicanalíticos sobre autismo, onde pesquisadores analisavam apenas o impacto na vida das pessoas. “Eles não consideraram o papel da biologia ou genética, que agora entendemos ser a causa principal” – *Fred Volkmar*.

No início dos anos 60, um crescente corpo de evidências começou a se acumular, sugerindo que o autismo era um transtorno cerebral presente desde a infância e encontrado em todos os países e grupos socioeconômicos e étnico-raciais investigados. Leo Kanner posteriormente se disse mal compreendido e tentou se retratar no seu livro “Em Defesa das Mães”. Mais tarde a teoria mostrou-se totalmente infundada e na maior parte do mundo, tais noções foram abandonadas.

1965 – Temple Grandin, jovem americana que nasceu com autismo (Síndrome de Asperger), cria a “Máquina do Abraço”, um aparelho para lhe pressionar como se estivesse sendo abraçada e que a acalmava, assim como a outras pessoas com autismo. Ela revolucionou as práticas de abate para animais em fazendas e suas técnicas e projetos de instalação são usados no mundo todo. Além de prestar consultoria para a indústria pecuária em manejo, instalações e cuidado de animais, ela tornou-se uma profissional extremamente bem-sucedida. Temple Grandin também ministra palestras pelo mundo todo, explicando a importância em ajudar as crianças com autismo a desenvolverem suas potencialidades.

1968 – DSM-II – É publicada a segunda edição do Manual Doenças Mentais, que refletia a predominância da psicodinâmica psiquiátrica. Sintomas não eram especificados com detalhes em determinadas desordens. Eram vistos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações de má adaptação aos problemas da vida, enraizados em uma distinção entre neurose e psicose.

1978 – Michael Rutter – Classifica o autismo e propõe sua definição com base em quatro critérios: 1) atraso e desvio sociais não só como deficiência intelectual; 2) problemas de comunicação e novamente, não só em função de deficiência intelectual associada; 3) comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; e 4) início antes dos 30 meses de idade. Ao classificar o autismo, Michael Rutter cria um marco divisor na compreensão desse transtorno mental.

1980 – DSM-III – a definição de Rutter e a crescente produção de trabalhos sobre o autismo, influenciaram a definição desta condição no DSM-III, quando o autismo, pela primeira vez foi reconhecido e colocado em uma nova classe de transtornos: os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – TIDs. Esse termo foi escolhido para refletir o fato de que múltiplas áreas de funcionamento do cérebro eram afetadas no autismo e nas condições a ele relacionadas. – CID-10 – na época do DSM-III-R, o termo TID foi instaurado e utilizado também na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10.

1981 – Lorna Wing, psiquiatra inglesa, desenvolve o conceito de autismo como um espectro de condições na década de 1970 e, posteriormente, cunhou o termo síndrome de Asperger, numa referência à pesquisa de Hans Asperger. Seu trabalho revolucionou a forma como o autismo era considerado, e sua influência foi sentida em todo o mundo. Como pesquisadora e clínica, bem como mãe de uma criança com autismo, ela sempre defendeu uma melhor compreensão e serviços para pessoas com autismo e suas famílias. Fundou a National Autistic Society – NAS, juntamente com Judith Gold, e o Centro Lorna Wing. Foi uma das maiores e mais importantes figuras do mundo do autismo.

1988 – Ivar Lovaas, psicólogo da Universidade da Califórnia Los Angeles – UCLA, publica “um estudo pioneiro no qual demonstra como a intensidade da terapia comportamental pode ajudar crianças com autismo, dando uma nova esperança para os pais. Nesse estudo sobre análise do comportamento, 19 crianças entre 4 e 5 anos, diagnosticadas com autismo, foram submetidas a 40 horas de atendimento – intervenção precoce intensiva. Depois de dois anos, o Quociente de Inteligência (QI) dessas crianças havia aumentado 20 pontos em média. Crianças que não foram submetidas à terapia comportamental ABA, não apresentaram melhoras. O DSM substitui “autismo infantil” com uma definição mais ampla para “Transtorno de Autismo”, e inclui uma lista de critérios diagnósticos. Durante os anos 1980 e 1990, o papel da terapia comportamental e uso de ambientes de aprendizagem altamente controlados emergiram como os principais tratamentos para muitas formas de autismo e condições relacionadas. Atualmente, os pilares da terapia do autismo são terapia comportamental e terapia fonoaudiológica. Outros tratamentos são adicionados conforme necessário” – *Martha Hubner*

1988 – Rain Man torna-se um dos primeiros filmes comerciais a caracterizar um personagem com autismo. Embora o filme tenha sido fundamental para aumentar a conscientização e sensibilizar a opinião pública sobre o transtorno, também contribuiu para o equívoco de que todas as pessoas com autismo tenham habilidades “savant”.

1994 – DSM-IV – novos critérios potenciais para o autismo, bem como as várias condições candidatas a serem incluídas na categoria TID, foram avaliados em um estudo internacional, multicêntrico, que incluiu mais de mil casos avaliados por mais de 100 avaliadores clínicos. Os sistemas de avaliação do DSM-IV e da CID-10 tornaram-se equivalentes para evitar uma possível confusão entre pesquisadores e clínicos, que trabalhavam em diferentes partes do mundo guiados por um ou por outro sistema nosológico. A definição dos critérios foi decidida com base em dados empíricos revelados em trabalhos de campo. A Síndrome de Asperger é adicionada ao DSM, ampliando o espectro do autismo, que passa a

incluir casos mais leves, em que os indivíduos tendem a ser mais funcionais. O DSM-IV-TR foi acompanhado de textos atualizados sobre autismo, síndrome de Asperger e outros TIDs. Os critérios diagnósticos permaneceram os mesmos que os do DSM-IV.

1998 – Vacina – A revista Lancet publicou um artigo do cientista inglês Andrew Wakefield, no qual ele afirmava que algumas vacinas, entre elas a tríplice (mmr – sarampo, catapora e rubéola), poderiam causar autismo. Esses estudos foram totalmente desacreditados por outros cientistas e descartados. Em maio deste ano (2014), o cientista perdeu seu registro de médico. A revista Lancet também se retratou e retirou o estudo de seus arquivos pela falta de comprovação dos resultados sugeridos pelo cientista.

Nos últimos anos, mais de 20 estudos mostraram que, de fato, a associação da vacina ao autismo não tem fundamento. Recentemente, outro estudo publicado nos Estados Unidos, reforça estudos anteriores e demonstra que não existe evidência científica que comprove tal suspeita.

2007 – 02 de abril – “Dia Mundial da Conscientização do Autismo”

Para chamar a atenção para esse transtorno e despertar o interesse da sociedade, em 2007 a ONU instituiu o dia 2 de abril – como o Dia Mundial da Conscientização do Autismo. “Esse ato, pelo seu simbolismo, abriu possibilidades para um maior diálogo entre as famílias, profissionais da área e os próprios indivíduos com autismo. Veio como um alerta necessário para que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), antes considerados raros, fossem vistos com maior responsabilidade. Pesquisas e interesse pelo TID, onde o autismo aparece como o mais prevalente, têm aumentado ano a ano, produzindo mais conhecimento, desmitificando crenças e afastando o que não é científico.” – *Ricardo Halpern*

2014 – DSM-V – Com o lançamento da 5ª edição do DSM, os subtipos dos transtornos do espectro do autismo são eliminados. Os indivíduos são agora diagnosticados em um único espectro com diferentes níveis de gravidade. O DSM-V passa a abrigar todas as subcategorias da condição em um único diagnóstico guarda-chuva denominado Transtorno do Espectro Autista – TEA. A Síndrome de Asperger não é mais considerada uma condição separada e o diagnóstico para autismo passa a ser definido em duas categorias: alteração da comunicação social e pela presença de comportamentos repetitivos e estereotipados.

2014 – Prevalência – Estima-se que o autismo atinja 1% da população, 70 milhões de pessoas no mundo, sendo 2 milhões no Brasil.

O relatório de março de 2014 do Centro de Controle e Prevenção de Doenças – CDC, alertou para os novos dados sobre a prevalência de autismo nos Estados Unidos. Este estudo de vigilância identificou 1 em 68 crianças (1 em cada 42 meninos e 1 em cada 189 meninas) com Transtorno do Espectro Autista. “Os critérios diagnósticos se ampliaram e o olhar sobre o Autismo fez com que um número maior de casos fosse diagnosticado”, conforme Ricardo Halpern. No Brasil, não há estudos completos de prevalência.

2014 – Causas – Um amplo estudo realizado na Suécia mostra que fatores ambientais são tão importantes quanto a genética como causa do autismo. Estes fatores – não analisados pelo estudo – poderiam incluir, segundo os autores, o nível socioeconômico da família, complicações no parto, infecções sofridas pela

mãe e o uso de drogas antes e durante a gravidez. Os autores da pesquisa trabalham no King's College de Londres e no Instituto Karolinska de Estocolmo. Eles se disseram surpresos ao descobrirem que a genética tem um peso de cerca de 50%, muito menor do que as estimativas anteriores, de 80% a 90%, segundo o artigo publicado no Journal of the American Medical Association – JAMA. O resultado partiu da análise de dados de mais de 2 milhões de pessoas na Suécia entre 1982 e 2006, e é o maior estudo já realizado sobre as origens genéticas do autismo.

Fontes: Fred Volkmar – Martha Hubner – Ricardo Halpern, National Autistic Society – Autism Speaks, 2014. <https://autismo.institutopensi.org.br/informe-se/sobre-o-autismo/historia-do-autismo/> acesso em 12/10/2018.

Cunha (2009), coloca que é preciso destacar o caráter biopsicossocial envolvido nos Transtornos do Espectro Autista, pois acaba resultando na complexidade das características envolvidas nesse transtorno. A questão psicológica não é causadora do autismo, mas pode muitas vezes influenciar no agravamento dos comportamentos típicos da síndrome.

2.1.2 Características Diagnósticas do TEA

As características primordiais do autismo são o prejuízo na comunicação, prejuízo na interação social e comportamentos repetitivos.

O autista, em geral, apresenta comprometimentos em importantes domínios do desenvolvimento humano. Nas palavras de Assumpção (2015) e observando seu destaque ao que traz o DSM-V, ele pontua que os critérios diagnósticos para Transtorno do Espectro Autista devem contemplar:

Quadro 9 - Critérios diagnósticos para Transtorno do Espectro Autista

1) Déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais, manifestadas de todas as maneiras como:	Déficits expressivos na comunicação não verbal e verbal usadas para interação social; Falta de reciprocidade social, incapacidade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento.
2) Padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses e	Comportamentos motores ou verbais estereotipados, ou comportamentos sensoriais incomuns;

atividades, manifestados por pelo menos duas das seguintes maneiras:	Excessiva adesão/aderência a rotins e padrões ritualizados de comportamento, interesses restritivos, fixos e intensos.
--	--

Fonte: DSM-V, (2014).

Estas manifestações variam de acordo com a idade e a capacidade, intervenções e apoio atual. Para o DSM-V (2014), o estágio ou momento em que o prejuízo funcional, citado em parágrafo anterior, fica evidente, varia de acordo com características do indivíduo, mas também de seu ambiente.

Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro. O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (DSM-V, 2014, p. 53).

Segundo Barlow (2015), o DSM-V traz como principais características do TEA enquanto sendo: prejuízos na comunicação e interação social e padrões repetitivos de comportamento, interesse ou atividades e para encaixar a gama de dificuldades dos dois sintomas descritos, o DSM-V observou e destacou três níveis de gravidade: 1) Exigindo apoio, 2) Exigindo apoio substancial e 3) Exigindo apoio muito substancial.

O Déficit na comunicação social e na interação social, pode ser definido enquanto uma das características que definem o TEA, pois os indivíduos com o diagnóstico não conseguem desenvolver relações sociais apropriadas à sua idade.

Ainda destacando Barlow (2015), este coloca que as dificuldades de comunicação e interação sociais são também definidas pela inclusão de três aspectos: problemas com a reciprocidade social, com a comunicação não verbal e em iniciar e manter relacionamentos sociais, que devem estar presentes para o diagnóstico de TEA.

2.2 PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM EM INDIVÍDUOS COM TEA

Bianchi (2017), destaca que a origem do termo inclusão vem do latim “inclusionem” e refere-se a abranger, envolver, fechar, colocar alguma coisa dentro de outra, partindo-se desta definição percebe-se que só há a necessidade de incluir

algo que está fora, e ao se pensar no ambiente educacional é essencial refletir sobre as causas que levam à essa exclusão que gera a necessidade da polêmica inclusão.

No Brasil, a adoção da discussão sobre a inclusão teve influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos, porém quando se fala em educação o grande marco é a Constituição Federal de 1988, quando estabelecer em sua redação, a educação como “um direito de todos”.

O autista com seus interesses restritos e suas características complexas, tem assegurado o direito de acesso à escola regular, e um ensino que possibilite a construção de sua autonomia e desenvolvimento.

Neste sentido Cunha (2009) afirma que a inclusão do aluno autista precisa estar associada à outras maneiras de intervenção, como os métodos clínicos e psicoeducacionais, que aliados aos benefícios da convivência social representam uma diversidade de conhecimentos e relações, que são fundamentais para que o indivíduo autista se liberte de seu mundo isolado e perceba as vantagens de viver em sociedade.

Mello (p. 22, 2001) discorre especificamente quanto a inclusão de alunos autistas: Quando se pensa em termos de inclusão, é comum a ideia de simplesmente colocar uma criança autista em uma escola regular, esperando assim que ela comece a imitar as crianças normais, e não as crianças iguais a ela ou crianças que apresentem quadros mais graves. Podemos dizer, inicialmente, que a criança autista, quando pequena, raramente imita outras crianças, passando a fazer isto apenas após começar a desenvolver a consciência dela mesma, isto é, quando começa a perceber relações de causa e efeito do ambiente em relação a suas próprias ações e vice-versa.

Parafraseando Cunha (2009), o aluno autista não está incluído se não for agente de sua aprendizagem, é necessário que o planejamento docente privilegie atividades que estimulem o desenvolvimento da autonomia da criança, já que não basta que a escola esteja equipada de recursos didáticos materiais, se não houver planejamento didático para utilizá-los com objetivos específicos a fim de se alcançar uma nova perspectiva da atuação docente. Percebe-se que incluir o autista é como incluir qualquer outro aluno, na verdade só existe essa necessidade de “inclusão” porque ainda há a exclusão, que vem de anos e anos de uma sociedade que visava preparar somente aqueles cujo trabalho fosse cem por cento aproveitado.

Esses fatores fizeram com que não só os autistas, mas todos os deficientes, fossem vistos como incapazes, e dessa forma não poderiam fazer parte de um grupo de alunos taxados como “normais”. Quando acreditamos no

indivíduo, no seu potencial humano e na sua capacidade de reconstruir seu futuro, o incluímos, e nossa atitude torna-se o movimento que dará início ao seu processo de emancipação (CUNHA, 2009, p. 101).

Mantoan (2006), destaca que, a inclusão, portanto, implica mudança desse atual paradigma educacional, para que se encaixe no mapa da educação escolar que estamos retrazendo.

Crianças autistas costumam apresentar como característica um comportamento resistente ao aprendizado, porém é preciso salientar que isso não quer dizer que não aprendem, apenas possuem interesses, fixações, em coisas bem peculiares, não estando abertas para aprenderem outras coisas enquanto não deixam de lado o objeto de fixação (BIANCHI, 2017).

A intervenção educacional deve ser realizada sobre estes interesses peculiares do autista como afirma Cunha (2009, p. 56): “Se realmente quisermos construir com o nosso educando, atraentes situações de aprendizagem, não caberá em nosso trabalho nenhum modelo pedagógico que não parta dele”.

Cunha (2009), destaca que um dos fatores que mais atrapalham na aprendizagem do autista é o déficit de concentração, que causa uma grande dificuldade na compreensão dos comandos fornecidos. Desta forma é preciso que o professor estimule a concentração do aluno durante as tarefas, para minimizar as dificuldades comunicativas.

O mesmo autor em questão, aponta três estágios fundamentais para conseguir esse feito:

Quadro 10 - Estágios Fundamentais no processo de Ensino-Aprendizagem com TEA

Primeiro Estágio	Segundo Estágio	Terceiro Estágio
É realizada uma espécie de avaliação inicial, com o objetivo de proporcionar ao professor informações sobre o que o aluno já sabe, quais habilidades já possui, e traçar uma metodologia para auxiliá-lo a alcançar as que ainda não possui.	É caracterizado por sinais de quebra da resistência oferecida pelo aluno, desta vez o autista começa a estabelecer formas de comunicação com seu professor, que podem ser manifestadas através de um olhar, um toque, um comportamento, são os primeiros sinais de	O aluno possui mais autonomia para explorar todo o ambiente e as pessoas que o cercam. Neste estágio normalmente são manifestados os primeiros traços de interação.

	confiança, que estão oferecendo uma oportunidade de trabalho ao professor.	
--	--	--

Fonte: Cunha, (2009).

Compreendendo esses estágios Cunha (p. 63, 2009) fala da importância dos materiais pedagógicos na educação do autista: “[...] as atividades e os objetos que exploram o sensorial são naturalmente estimulantes, ainda que não sejam obviamente pedagógicos, podem adquirir essa função quando engajam o aprendiz e exercem efeito sobre seu comportamento. ”

Frente ao que vem sendo destacado, é possível compreender que o campo das relações sociais é a maior ferramenta que o professor possui para trabalhar com o aluno autista, e que qualquer abordagem deve ser feita considerando suas características, porém não se pode permitir que este fator impeça uma aproximação com o aluno (BIANCHI, 2017).

Conforme destaca Bianchi (2017), o indivíduo autista, tem um grave prejuízo na capacidade de interação social, este costuma apresentar uma postura de isolamento e até de irritação quando se sente “invadido” no âmbito escolar, portanto as investidas em aproximação devem ser realizadas de forma cautelosa, com compreensão e respeito. Para isso são indispensáveis práticas pedagógicas eficazes e apropriadas às crianças autistas para seu desenvolvimento pessoal e escolar, e o professor precisa desenvolver e planejar seu trabalho acerca do sentido da educação desse aluno e de suas finalidades.

Quando se fala em inclusão de um indivíduo autista é preciso considerar muitos aspectos relevantes para a compreensão de suas necessidades educacionais, e é preciso ter muito cuidado, pois existem relatos de experiências de inclusão de alunos autistas que sem as adequadas modificações e adaptações falharam e ainda resultaram em práticas excludentes (BIANCHI, 2017).

O autor defende um importante posicionamento a respeito do papel docente quanto à inclusão: “quando estamos envolvidos em algo que amamos, parece que nada nos importuna. Quando direcionamos nossos afetos em temas que nos fascinam, não economizamos forças até conhecermos os caminhos que nos levam a respostas” (CUNHA, 2009, p.100).

Ainda Cunha (2009), este reitera que, para que a inclusão seja de fato realizada primeiramente é preciso que se eliminem os rótulos, e depois são necessárias ações de qualidade, tais rótulos contêm as barreiras que tanto limitam o aluno. Para que possa realizar um trabalho de qualidade o professor precisa acima de tudo acreditar nas possibilidades do aluno, eliminando as impressões internas e o ceticismo.

Parafrazeando e fundamentando-se nos estudos de Cunha (2009), Bianchi (2017) destaca que, compreende-se que o professor que trabalhará com o aluno autista, precisa ter claro que os resultados não são imediatos, talvez todos objetivos pré-estabelecidos não se cumpram da forma esperada, e corre-se o risco neste caso, de ceder à frustração de ter suas tentativas anuladas correndo-se o risco de sucumbir à desistência e o docente precisa compreender que indivíduo autista é alguém que involuntariamente resiste à aprendizagem, o professor é desafiado então a conquistar sua atenção que mesmo sendo mínima, deve ser considerada como um sucesso, pois é seu ponto de partida para estabelecer uma maneira de comunicação e para oferecer as ferramentas educativas.

Uma das responsabilidades do educador é a de intervir na vida humana por meio da reflexão e da ação reflexiva, geradoras de estratégias pedagógicas para o bem comum do educando. Se não podemos ignorar que o autismo existe, certamente podemos, enquanto educadores, procurar formas inovadoras, facilitadoras, diferenciadas e produtivas para a construção de uma melhor qualidade de vida para a criança com autismo (CAVACO, 2009, p.121).

A inclusão, portanto, inicia-se com a atitude do professor, e sua efetivação em grande parte depende dele, portanto há necessidade de preparar esse profissional para essa responsabilidade como assegura Cunha (2009, p.101): “[...] a inclusão escolar inicia-se pelo professor. Percebemos que com a necessidade da educação inclusiva, criam-se leis, mas nem sempre, existem as possibilidades de preparação daqueles que trabalham na escola”.

Para indivíduos com TEA, conforme destaca Rotta (2016), na manifestação dos diversos quadros, observa-se a influência de fatores associados que não necessariamente fazem parte das características principais desse transtorno, mas entre eles um de grande importância para a aprendizagem é a habilidade cognitiva.

2.2.1 Modelos de intervenção utilizados a fim de favorecer a aprendizagem dos indivíduos com diagnóstico de TEA

Até pouco tempo atrás, as crianças que recebiam o diagnóstico de autismo eram consideradas intratáveis, pois pouco se conhecia sobre a síndrome. Por conta da diversidade e gravidade dos sintomas apresentados pelos autistas, tanto os profissionais como os pais acreditavam que eles eram inacessíveis. Atualmente, sabe-se que, com o tratamento adequado, as crianças com autismo podem desenvolver suas potencialidades e habilidades, mesmo que de forma diferente das demais crianças (Santos, 2009).

A mesma autora em questão, também destaca que os tratamentos psicoeducacionais propiciam melhoras substanciais nos sintomas do autismo, pois combinam os princípios comportamentais com a educação especial, priorizando o ensino estruturado que é de fundamental importância para a eficácia do tratamento da criança, uma vez que, o autista necessita de uma estrutura externa para aprimorar uma situação de aprendizagem, diferente das demais crianças que, à medida que vão se desenvolvendo, vão aprendendo a estruturar seu ambiente.

Santos (2009) destaca que os métodos psicoeducacionais também proporcionam a organização do ambiente, alternativas de comunicação, melhora na interação social, e principalmente a possibilidade de diminuição dos comportamentos inadequados como auto e hetero-agressividade, estereotípias, maneirismos, entre outros.

As intervenções mais utilizadas são as psicoeducacionais e as farmacológicas. As psicoeducacionais tem como objetivo principal desenvolver as habilidades que estão em atraso quando comparadas a crianças neurotípicas.

Frente a pesquisa em bibliografias, documentos científicos e análise, pode-se contemplar como as principais técnicas psicoeducacionais e as mais usadas para a favorecer a aprendizagem e educação dos indivíduos com autismo o: TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação), o PECS (Sistema de Comunicação Através da Troca de Figuras), a ABA (Análise Aplicada do Comportamento) e o SON-RISE (Interação). Estas técnicas proporcionam para o indivíduo com autismo a aquisição de habilidades da vida diária, o conjunto de atividades cotidianas como banhar-se, alimentar-se, vestir-se é conhecido como atividade de vida diária (AVD).

2.2.1.1 TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação) - Estimular o Desenvolvimento Social e Comunicativo

O método TEACCH foi validado em 1972, no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina na Universidade da Carolina do Norte – EUA. Ele foi o primeiro programa estadual nos EUA destinado ao atendimento de crianças autistas e com deficiência na comunicação. O TEACCH foi resultado de muitos estudos e pesquisas do Dr. Eric Schopler e colaboradores (SCHOPLER, MESIBOV, SHIGLEY & BASHFORD, 1984, CITADO POR VATAVUK, 1997).

Em 1967, Alpern desconfiou da tese de que as crianças com diagnóstico de autismo tinham bom potencial cognitivo e de que não poderiam ser testadas. Alpern comprovou por meio de suas investigações científicas que as crianças autistas eram testáveis, e que o desenvolvimento das mesmas além de apresentar retardado, era também desarmônico. Desta forma, revelou que em muitos casos estavam presentes dificuldades reais de aprendizagem e de comunicação que precisavam de uma atenção especial nas salas de aula (MARQUES & MELLO, 2005).

A partir de então, o TEACCH foi implantado em salas especiais em muitas escolas públicas dos Estados Unidos. É bom enfatizar que os pais das crianças autistas também se envolveram neste processo de desenvolvimento do programa em cada um dos três ambientes: casa, escola e comunidade. Os mesmos sempre foram incentivados a atuarem como co-terapeutas no tratamento de suas crianças (VATAVUK, 1997).

O método baseia-se na Teoria Comportamental e em pressupostos da psicolinguística. Ele foi implantado no Brasil, mais especificamente, em São Paulo, em 1991, na Associação de Amigos do Autista – AMA, com a ajuda do Dr. Thomas E. Mates. A AMA de São Paulo fez adaptações do método para a cultura do país e da própria equipe. No entanto, não deixou de utilizar os princípios básicos do método (MARQUES & MELLO, 2005).

O principal objetivo do TEACCH é ajudar o portador de autismo a atingir a idade adulta com o máximo de autonomia possível. Isto inclui ajudá-lo a compreender o mundo que o cerca através da aquisição de habilidades de comunicação que lhe permitam relacionar-se com outras pessoas propiciando-lhe, até onde for possível, condições de escolher de acordo com suas próprias necessidades (MELLO, 2001).

Conforme Vatauvuk (1997), o TEACCH tem sido bastante usado nacionalmente e internacionalmente para a estruturação de locais de atendimento a indivíduos autistas. A autora ressalta que muitas pessoas com autismo têm se beneficiado quando tratadas adequadamente com o programa, visto que aprendem a trabalhar frente a atividades acadêmicas com organização e entendimento, e podem fazer uso do computador como apoio para aprendizagem da leitura, escrita e utilização do tempo livre através de jogos, além de realizam tarefas vocacionais que são bastante valiosas para a vida adulta.

Segundo Vatauvuk (1997), para conhecer o indivíduo e suas necessidades educacionais, o método usa a avaliação PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado), que serve para avaliar a criança e determinar seus pontos fortes, de maior interesse e suas dificuldades, para a partir desses pontos montar um programa individualizado que proporcionará um aprendizado compatível com a faixa etária do indivíduo com autismo em áreas como: comunicação, autonomia, socialização, aprendizagem formal e atividade.

O TEACCH busca, na organização do ambiente físico, facilitar a compreensão da criança em relação a seu local de trabalho. Como dito anteriormente, a estruturação externa (ambiente) proporciona à criança autista comportamentos mais funcionais, isso porque a criança sente-se segura ao saber o que o meio espera dela. Um bom exemplo disso é quando são levados para lugares desconhecidos. Geralmente ficam irritadiços, inquietos, por vezes agressivos, tudo porque a situação fugiu daquilo que eles estavam habituados. Com o tempo, o terapeuta buscará minimizar essa rigidez, expondo-o de várias maneiras a outros contextos, assim com o tempo novos contextos passarão a fazer parte do repertório dessa criança e ela passará a enfrentar com menos temor mudanças no ambiente. Isso pode ser ampliado para outras habilidades, como as habilidades sociais (SANTOS 2009, p. 26).

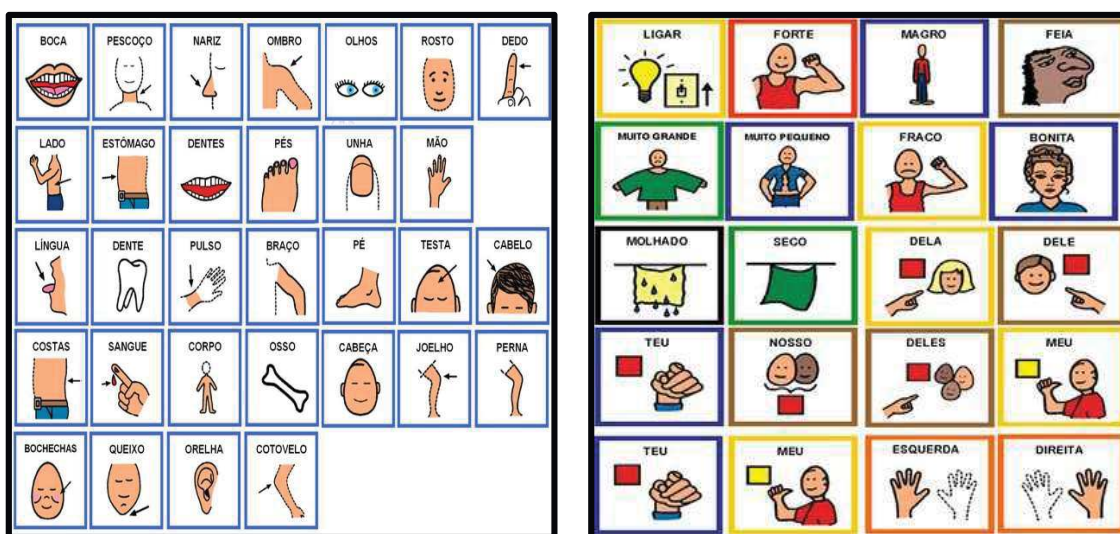
As autoras, Marques & Mello (2005), destacam que o TEACCH pode ser realizado tanto na casa da criança quanto na escola e a carga horária do programa varia de 10 a 20 horas semanais.

2.2.1.2 PECS (Sistema de Comunicação Através da Troca de Figuras)

Conforme destaca Santos (2009), o método PECS (Picture Exchange Communication System ou em português, Sistema de Comunicação por Troca de Figuras), foi criado em 1994, nos EUA, por Bondy e Frost. Ambos perceberam que

muitas crianças com autismo tinham dificuldade para imitar, principalmente imitar palavras, e mesmo aquelas que eram capazes de imitar, geralmente não usavam as palavras para se comunicar espontaneamente. Baseados nessas observações criaram uma maneira de ajudar as crianças com autismo a se comunicarem de uma forma fácil e socialmente aceitável.

Figura 2 - Figuras de intervenção com o PECS



Fonte: <http://crescercomunicando.blogspot.com/2011/>, acesso em 03/10/2018.

O PECS tem como objetivo, ensinar o indivíduo a se comunicar por meio de troca de figuras. Por meio desta técnica, é possível ensinar a criança com autismo a expressar aquilo que deseja de uma forma espontânea, além de propiciar a interação com outros indivíduos (Santos, 2009).

No primeiro momento o método utiliza-se de reforço primário para propiciar a aprendizagem. O reforço primário é aquele que tende a ser um reforçador para todas as espécies, como a água, o alimento ou afeto. Segundo Cabral e Nick (2003) reforço primário é “a apresentação de uma situação de estímulo que reforça ou recompensa qualquer sujeito experimental de uma espécie, sem necessidade de treino prévio” (p. 275). Desta maneira quando o terapeuta seleciona os alimentos prediletos da criança está usando reforço primário. Quando o terapeuta passa a usar o reforço social na terapia, por exemplo, “muito bem! Você acertou!” Ele está usando o reforço secundário. De acordo com Myers (1999) reforços secundários são aprendidos. Adquirem seu poder por meio da associação com os reforços primários. Assim reforço secundário é aquele que é usado em associação com o reforço primário passa a ter a capacidade de condicionar após um processo de aprendizagem ou condicionamento (SANTOS, 2009, p. 29).

Santos (2009) expõe que em 1996, Frost e Bondy editaram o manual do PECS, com a apresentação de seis fases, sendo que cada uma delas é composta por objetivos específicos, instruções de aplicação e procedimentos de treinamento, podendo ser utilizado de forma individual ou em grupo, em vários lugares como em casa, na sala de aula. As seis fases estão relacionadas abaixo.

Quadro 11 - Fases do Manual do PECS

Fase 1 - Como se comunicar	Os alunos aprendem a trocar uma única figura para itens ou atividades que eles realmente querem.
Fase 2 - Distância e Persistência	Ainda usando uma única figura, os alunos aprendem a generalizar esta nova habilidade e usá-la em lugares diferentes, com pessoas diferentes e usando distâncias variadas. Eles aprendem a serem comunicadores persistentes.
Fase 3 - Discriminação de figuras	Os alunos aprendem a escolher entre duas ou mais figuras para pedir seus itens favoritos. Estes são colocados em uma pasta de comunicação com tiras de Velcro® onde as figuras são armazenadas e facilmente removidas para a comunicação.
Fase 4 - Estrutura de sentença	Os alunos aprendem a construir frases simples em uma tira de sentença usando um ícone "Eu quero" seguido por uma figura do item que está sendo solicitado.
Atributos e Expansão de vocabulário	Os alunos aprendem a expandir suas sentenças, adicionando adjetivos, verbos e preposições.
Fase 5 - Respondendo a perguntas	Os alunos aprendem a usar PECS para responder à pergunta: "O que você quer?".
Fase 6 - Comentando	Agora os alunos aprendem a comentar em resposta a perguntas como: "O que você vê?", "O que você ouve?" e "O que é isso?". Eles aprendem a compor sentenças começando com "Eu vejo", "Eu ouço", "Eu sinto", "É um", etc.

Fonte: <http://www.pecs-brazil.com/pecs.php>, acesso em 12/10/2018.

Portanto, segundo Mello (2001), o PECS tem sido bem aceito em vários lugares do mundo, pois os materiais são simples, de baixo custo, pode ser aplicado em qualquer lugar e, quando bem aplicado, apresenta resultados surpreendentes na comunicação de crianças que não falam, e na organização da linguagem verbal de crianças que falam.

2.2.1.3 ABA (Análise Aplicada do Comportamento) - Diminuindo Comportamentos

A ABA, Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavior Analysis - ABA) é um termo advindo do campo científico do Behaviorismo, que observa, analisa e explica a associação entre o ambiente, o comportamento humano e a aprendizagem.

Santos (2009) destaca que, em 1987, Ivar Lovaas publicou na Califórnia/EUA, os resultados de sua pesquisa sobre o uso de princípios comportamentais no ensino de crianças com autismo. Os resultados do seguimento destas crianças mostraram que, em um grupo de 19 crianças, 47% das que receberam tratamento intensivo baseado na Análise Aplicada do Comportamento (ABA) atingiram níveis normais de funcionamento intelectual e educacional, foram reintegradas na escola regular. Como Ivar Lovaas foi o primeiro psicólogo a aplicar os princípios da ABA para ensinar crianças com autismo, o método inicialmente ficou conhecido como o “método Lovaas”.

A ABA tem como objetivo atuar em prol do desenvolvimento do autista, desde a infância à idade adulta, com o uso de técnicas que possibilitem ampliar a capacidade cognitiva, motora, de linguagem e de integração social, procurando reduzir por meio de práticas de repetição e esforço, comportamentos negativos que possam causar danos ou interferir no processo de aprendizagem podendo auxiliar no aperfeiçoamento de habilidades básicas, como olhar, ouvir e imitar, ou complexas, como ler, conversar e interagir com o outro (SANTOS, 2009)

O tratamento, ABA do autismo tem como objetivo ensinar à criança habilidades que ela não possui, através da introdução destas habilidades por etapas, e principalmente possibilitar a inclusão dessa criança nos diversos espaços sociais, inclusive na escola regular, pública ou privada (MELLO, 2001).

Para Braga-Kenyon (2005), o ABA busca ensinar para o indivíduo autista inicialmente habilidades básicas como sentar, realizar contato visual, imitar, esperar sua vez, para depois ensinar situações de grupo e pedagógicas. Para isso, o ambiente deve ser isento de ruído, interrupções e objetos que possam nesse primeiro momento distrair a criança. Também, é necessário identificar as relações funcionais existentes entre os comportamentos inadequados, repertório do indivíduo e possíveis reforçadores que garantirão que os comportamentos ensinados façam parte do repertório da criança.

Ainda parafraseando os autores acima, estes dizem que a aplicação do ABA baseia-se em quatro passos fundamentais, que são:

Quadro 12 - Passos para Aplicação do ABA

Primeiro passo	Diz respeito à avaliação comportamental, como já citado anteriormente, que busca identificar as variáveis externas e internas que controlam o comportamento. Essa avaliação fornece informações sobre o repertório da criança, habilidades e déficits.
Segundo passo	Constitui em selecionar os objetivos a serem alcançados no tratamento, com base na avaliação feita. O profissional irá delinear metas para o tratamento, por exemplo, levar a criança a desenvolver uma forma de comunicação funcional, controle esfinteriano, entre outros.
Terceiro passo	Ocorrerá a execução do programa, ou seja, definir claramente as habilidades a serem ensinadas, materiais necessários e os critérios.
Quarto passo	Visará a avaliação do progresso, que deve acontecer durante todo o tratamento, para saber se o programa está atingindo os objetivos traçados ou se é preciso modificá-lo ou adaptá-lo

Fonte: Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavior Analysis – ABA)

A carga horária do programa varia de 10 a 20 horas semanais, e as áreas a serem trabalhadas dependem de cada criança em particular, mas geralmente englobam as habilidades acadêmicas, de linguagem, sociais, de cuidados pessoais, motoras e de brincar (BOSA, 2006).

Diante de um problema como o Autismo, o analista do comportamento precisa analisar funcionalmente os comportamentos-alvos e atuar em duas grandes frentes: 1) ampliação e aquisição de comportamentos deficitários ou inexistentes no repertório (em diferentes áreas: verbal, acadêmica e pré-acadêmica, social, de brincar, profissional, de atividade física, artística) e 2) diminuição de comportamentos em excesso e que são inadaptativos (restrição de interesses e motivação, comportamentos auto-estimulatórios - como as estereotipias motoras e vocais, birras, comportamentos agressivos em relação ao outro e a si mesmo). Essas duas frentes devem caminhar em conjunto, concomitantemente. E, o objetivo último e maior delas é a generalização, ou seja, a construção de um repertório comportamental que se sustente em diferentes ambientes, com diferentes pessoas, gerando uma inclusão social, escolar e profissional para o autista (BAGAILOLO E COLS, 2015. p. 4).

Segundo Rodrigues (2017), o ABA é uma disciplina objetiva que se concentra na medição confiável e avaliação objetiva do comportamento observável e também pontua que os métodos de ABA são utilizados para apoiar as pessoas com autismo em pelo menos seis maneiras:

1. Para aumentar comportamentos (por exemplo, procedimentos de reforço aumentar o comportamento ou tarefa, ou interações sociais);
2. Para ensinar novas habilidades (por exemplo, os procedimentos de instrução e reforço sistemáticos ensinar habilidades funcionais de vida, habilidades de comunicação e habilidades sociais);
3. Para manter comportamentos (por exemplo, o ensino de procedimentos de autocontrole e auto monitoramento para manter e generalizar as habilidades sociais relacionadas com o trabalho);
4. Generalizar ou transferir o comportamento de uma situação ou resposta a outra (por exemplo, de completar as tarefas em sala de recursos para um desempenho tão bom na sala de aula regular);
5. Para restringir ou condições estreitas sob o qual ocorrem comportamentos interferem (por exemplo, modificar o ambiente de aprendizagem); e
6. Para reduzir comportamentos de interferência (por exemplo, autolesão ou estereotipias).

Portanto, método de tratamento ABA constrói pré-requisitos para que a criança perceba o mundo de uma forma mais adequada e direciona as suas potencialidades para que a mesma utilize essa capacidade de aprender para realmente se tornar independente.

2.2.1.4 SON-RISE (Programa de estímulo responsivo de interação)

Devida a melhora significativa durante o tratamento de indivíduos com TEA, o Programa *Son-Rise*, é um dos métodos mais utilizados no Brasil, pois oferece uma abordagem educacional prática e abrangente para inspirar as crianças, adolescentes e adultos com autismo a participarem ativamente em interações divertidas, espontâneas e dinâmicas com os pais, outros adultos e crianças (TOLEZANI, 2010).

Segundo Locateli & Santos (2016) apud Tolezani (2010) “o programa é um eficiente método educacional para crianças com autismo, desenvolvido pelo The Autism Treatment Center of America, em Massachusetts, nos Estados Unidos, e tem sido aplicado em diversos países com excelentes resultados”. O Programa propõe a implementação de um programa domiciliar, ou seja, na própria casa do autista, tendo os pais como dirigentes do programa, visto que “o papel dos pais é essencial neste processo de tratamento”, já que convivem com a criança no dia a dia, tem um vínculo afetivo e por conhecerem, o filho melhor do que ninguém.

Para que o objetivo do Programa seja efetivamente alcançado, Locateli & Santos (2016) destacam que o programa também exige a presença de profissionais justamente para que os pais possam oferecer um programa estruturado com suporte de uma equipe multidisciplinar com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, pedagogos, entre outros; além de uma estrutura de integração sensorial.

No Programa *Son-Rise*, a aceitação da pessoa com autismo, associada a uma atitude positiva – de entusiasmo e esperança – em relação ao potencial de desenvolvimento desta pessoa, são princípios básicos para o tratamento (TOLEZANI, 2010, p. 2).

Ainda parafraseando Locatelli & Santos (2016), esses destacam que o programa *Son-Rise* busca ajudar o autista a ter a motivação para se interessar pelo outro, pelo o que o outro faz, ou seja, inspira o indivíduo a participar ativamente de relacionamentos sociais através de interações divertidas, espontâneas e dinâmicas,

pois como já se sabe, a principal dificuldade de uma pessoa com autismo é manter a interação social e construir relacionamento com os outros.

Deste modo, esse método de tratamento é uma abordagem inter-relacional e lúdica. Priorizando o desenvolvimento social da criança, ou seja, desenvolver habilidades sociais, como contato visual, desenvolvimento de período maior, interação compartilhada, comunicação verbal e não verbal, flexibilidade para interagir. O desenvolvimento social se torna importante, visto que quanto mais a criança com autismo interagir com o outro, mais ela irá aprender e mais irá se desenvolver. Então, quanto mais interação social o autista tiver mais desenvolvimento social, emocional e cognitivo ela terá e até mesmo o desenvolvimento sensorio motor (LOCATELI & SANTOS, 2016, p. 212).

Segundo os estudos de Tolezani (2010), este afirma que:

O Programa *Son-Rise* promove oportunidades para que pais, profissionais e crianças construam, juntos, novas formas de se comunicarem e de interagirem, em que atividades motivacionais e lúdicas fornecem a base para o aprendizado social, emocional e cognitivo, para a autonomia e para a inclusão social.

Locateli & Santos (2016), pontuam que o programa *Son-Rise*, propõe-se desenvolver as habilidades sociais a partir do estilo responsivo de interação, que consiste em buscar responder as comunicações da criança, visto que de alguma maneira o indivíduo autista comunica, o que ele quer e o que não quer, através de gestos, expressão facial ou mesmo se aproximando do objeto de interesse. O programa oferece ações motivadoras baseadas no interesse do autista, no que ele está demonstrando no momento, no intuito de permitir que o indivíduo continue tendo iniciativas para interagir. Portanto, segundo os autores, este programa de tratamento estimula a criança a ser ativa na interação social e a estar motivada para interagir.

O estímulo responsivo de interação é desenvolvido num ambiente de aprendizagem preparado especialmente onde as sessões aconteçam individualmente, realizada num ambiente com pouca distração visual e auditiva, no intuito de ajudar a criança a se concentrar na interação social e ajudar a filtrar estes estímulos de maneira que haja uma melhor integração social (LOCATELI & SANTOS, 2016, p. 213).

No Programa *Son-Rise* não há cobranças sobre a criança, não solicita atenção a criança acerca do que a pessoa está fazendo, permite apenas a espontaneidade da criança, que ela queira fazer. Assim, ocorre a alteração do estado interessado para o altamente conectado, a criança mostra-se empolgada na brincadeira e de alguma forma pede que o facilitador repita ou continue a ação. É neste momento, que o

facilitador começa a cobrar da criança o contato visual, a comunicação, flexibilidade, participação física, habilidades cognitivas, de vida diária e motricidade. (SANTIAGO e TOLEZANI, 2011).

O autor Tolezani (2010) destaca que as sessões do Programa *Son-Rise* devem acontecer sempre em espaços preparados, geralmente na própria casa do indivíduo, podendo ser denominado este espaço como o quarto de brincar, que é especificamente projetado para diminuir a estimulação sensorial que poderia interferir fora desse ambiente.

A criança com TEA, geralmente, apresenta três estados de disponibilidade, sendo eles o rígido repetitivo, o isolado e o altamente conectado. Quando a criança está rígida repetitiva ela fica fazendo os mesmos movimentos, gestos e/ou brincadeiras, de modo que seja prazeroso. Chega até a interagir com quem estiver com ela, porém o seu interesse é repetir rigidamente sempre as mesmas ações, sem aceitar nenhuma forma de variação na brincadeira. Quando a criança entra em estado de isolamento, para fazer sua autorregulação, o adulto deve se juntar a ela, demonstrando aceitação e fazendo movimentos parecidos. A partir daí é que se percebem quais são suas preferências sensoriais para planejar algo. E quando a criança está altamente conectada é que se pode solicitar algo dela. A ação motivadora é formulada por meio de interesses demonstrados pela criança e deve ser mais focada na pessoa que estiver brincando com o autista do que no objeto que está sendo utilizado no momento. A princípio deve-se apenas celebrar as tentativas de participação da criança, para depois começar a solicitar algo a ela (SANTIAGO E TOLEZANI, 2011).

Portanto os autores Locatelli & Santos (2016) pontuam que a participação dos pais durante o Programa é imprescindível pelo fato deles estarem com os filhos, poderem identificar quais são os seus interesses, necessidades e dificuldades, planejando o próximo passo a ser trabalhado na conquista do desenvolvimento de habilidades físicas, comunicativas ou visuais.

2.2.1.5 Abordagem *Floortime* - Modelo DIR de Intervenção (Developmental, Individual Difference, Relationship-Based)

No início dos anos 1990, o renomado psiquiatra infantil Dr. Stanley Greenspan observou a necessidade de uma mudança de paradigma referente à forma como se avaliavam as crianças com necessidades especiais, seu desenvolvimento e seu processo terapêutico, ressaltando a necessidade de ajudar essas crianças a atingirem seu potencial pleno (RIBEIRO, p.3, 2014).

O Modelo DIR, conforme destaca Ribeiro (2014), permite ao terapeuta ou à família entrar no mundo próprio da criança autista, levá-la a um mundo compartilhado e, a partir daí fazê-la interagir com o mundo real, adquirindo bases para seu desenvolvimento social, emocional e intelectual.

Esse modelo é fundamentado por três elementos chave, como o próprio nome revela: O “D” vem de desenvolvimento e remete à evolução da criança por etapas graduais que a ajudam a gerar capacidades para envolver-se e relacionar-se com os outros; o “I”, que vem de diferenças Individuais, refere-se às características biológicas, que a criança recebe, regula e responde e que a fazem compreender sensações como o som e o tato, por exemplo; e o “R” advém de bases de Relações, que apontam os relacionamentos como fonte de aprendizado das crianças, afetando diretamente sua capacidade de desenvolvimento (RIBEIRO, 2014).

A mesma autora em questão, também pontua que:

O DIR tem como visão central as interações interpessoais precoces, cruciais para o desenvolvimento saudável do cérebro e, conseqüentemente, das habilidades de processamento sensorial, planejamento motor e de interações sociais. Ele entende a criança como um ser único e, na sua individualidade, busca construir as bases para que a criança possa pensar, se comunicar e se relacionar, apesar de suas limitações. Nele, observam-se como aspectos fundamentais: a comunicação espontânea entre o indivíduo e a criança autista e a nutrição de relacionamentos alegres e agradáveis (RIBEIRO, 2014).

Parafraseando Ribeiro (2014), ela coloca que uma das abordagens que devem ser utilizadas com as crianças autistas, pelos terapeutas e principalmente pelos pais, é a *Floortime*, que se busca encorajar a iniciativa da criança e o comportamento intencional através de atividades que ocorrem no chão. A intervenção é chamada de *Floortime* porque os adultos vão para o chão, para poder interagir com a criança no seu nível e olho no olho.

Essa abordagem é baseada na ideia de que a emoção é fundamental para o crescimento do cérebro e evolução mental e que tal desenvolvimento é conseguido através de interações (brincadeiras) no chão. O *Floortime* foi criado com o objetivo de aumentar a socialização, melhorar a linguagem e diminuir os comportamentos repetitivos das crianças com transtornos, inclusive os autistas, bem como facilitar a compreensão das crianças e de suas famílias, identificando, sistematizando e integrando as funções essenciais às capacidades de desenvolvimento (RIBEIRO, 2014).

A intervenção através do *Floortime* tem como primeiro objetivo tornar a criança capaz de se ver como interativa, de capacidades cognitivas desenvolvidas a partir de sua própria intenção, portadora de linguagem social, ou seja, fazer com que ela passe

a se ver como um ser intencional que é capaz de, por meio de sua vontade, estabelecer contatos sociais.

As principais metas do *Floortime*, segundo Ribeiro (2014), se caracterizam enquanto: 1) adentrar o mundo da criança através do brincar, seguindo seu exemplo e estimulando sua iniciativa e 2) trazer a criança para um mundo compartilhado, fazendo com que isso seja prazeroso para ela.

E para desenvolver essas metas com um processo terapêutico, baseia-se em cinco (5) etapas:

Quadro 13 - Etapas das metas do Floortime

Primeira etapa	Avaliação/Observação, em que se busca averiguar a forma com que a criança brinca e a fase do brincar em que ela se encontra, a fim de desenvolver a melhor forma de abordá-la em seu mundo.
Segunda etapa	Abordagem – Círculos abertos de Comunicação, em que, utilizando gestos ou palavra, estabelecem-se as primeiras interações comunicativas com a criança, buscando iniciar um vínculo.
Terceira etapa	Seguir a iniciativa da criança ao brincar, adentrando seu mundo para interagir com ela e dando significado à brincadeira por ela escolhida, uma vez que a vontade dela é a porta de entrada para sua vida emocional e intelectual.
Quarta etapa	Alargar e expandir a brincadeira gradativamente, estimulando habilidades, das menos complexas para as mais complexas, e ajudando a criança a expressar suas ideias, considerando-se que ao adentrar o mundo dela pode-se criar uma série de oportunidades para ajudá-la a desenvolver-se e a avançar os níveis de relacionamento, comunicação e pensamento.
Quinta etapa	Fechar os ciclos de comunicação, valorizando a comunicação recíproca.

Fonte: Intervenção *Floortime* segundo Ribeiro (2014).

Ribeiro (2014), pontua que o *Floortime* pode ser desenvolvido “a toda hora, em todo lugar”; sendo recomendado que ele seja realizado oito ou mais vezes no dia, tendo cada sessão, no máximo, 20 minutos. Ele pode ser realizado através de músicas e jogos sonoros, no banho com brinquedos na água, no quintal, no supermercado, enfim, em diversos locais, basta que os pais estejam aptos a desenvolver as práticas.

2.2.1.6 MAKATON (Sistema de Sinais)

Moital (2012) destaca que o sistema Makaton (Margaret Walker, Kathy Johnston e Tony Cornforyh, 1978) foi criado no Reino Unido no início da década de 70 para desenvolver a linguagem a deficientes mentais surdos. É um sistema bimodal Gestos - signos Fala.

Caracteriza-se por: 350 signos ou gestos e palavras (signos Rebus), gestos: língua gestual, Vocabulário Makaton que é aprendido em oito níveis e que permite construir frases. O sistema é utilizado com indivíduos com perturbações do espectro do autismo; indivíduos deficientes mentais, ligeiros ou moderados, surdos e não surdos; crianças com perturbações específicas da linguagem; crianças com problemas de articulação; crianças gagas; crianças com problemas severos na articulação. Suas vantagens se configuram enquanto de fácil de memorizar; pode constituir-se como um suporte para o currículo escolar; promove competências desde a pré-escrita à literária (MOITAL, 2012).

Figura 3 - Programa Makaton

PROGRAMA MAKATON
O Programa MAKATON foi desenvolvido por Margaret Walker e Keith Park, em Inglaterra, em 1987.
O programa propõe à criança a introdução de um núcleo de vocabulário básico, introduzido em situações estruturadas de ensino. O vocabulário é ensinado falando e usando gestos em simultâneo. Em Portugal, os gestos utilizados foram retirados da linguagem gestual portuguesa (LPG). Ao falar, são respeitadas as regras gramaticais da língua oral (e não gestual) do país.
Nos estádios iniciais são introduzidos os vocábulos necessários para exprimir ideias básicas, sendo os conceitos mais elaborados e a combinação dos vocábulos em frases introduzidos nos estádios subsequentes.
O vocabulário MAKATON é, então introduzido em 8 níveis de complexidade, trabalhados individualmente com a criança. Enquanto se introduz o vocábulo, o gesto é trabalhado com a criança, bem como o seu olhar, compreensão e produção do gesto. Desta forma, ela tem a oportunidade de aprender a respeitar também as regras de um diálogo.
Foram criados símbolos correspondentes ao vocabulário incluído nos diferentes níveis, de forma a eliminar dificuldades na produção e articulação do discurso.
Os símbolos MAKATON são extremamente simples, de forma a poderem ser facilmente desenhados pelo adulto. Mais tarde. Esses símbolos são combinados em pequenas frases, de forma graduada e poderão permitir a associação da palavra escrita e ser utilizados na aquisição da leitura.

Fonte: Imagem criada pela acadêmica a partir do site <https://ausenda.wordpress.com/2012/11/29/usar-metodos-alternativos-e-aumentativos-da-comunicacao/>, em 13/10/2018.

O Makaton, conforme destaca o site Crescer em Rede, é um programa de comunicação reconhecido internacionalmente, com abordagem multimodal que recorre à fala, a gestos, a imagens e a símbolos. É usado em mais de 40 países, tendo ajudado significativamente milhares de crianças e adultos.

A criança com autismo geralmente tem boa capacidade visual e o Makaton proporciona pistas visuais, que a criança pode aprender a associar às instruções que recebe, essa prática pode auxiliar as crianças com autismo, na comunicação.

Conforme destacam Stephen e Tetzchner (2000), é importante que a família, professores e amigos aprendam a utilizar o Makaton pois as crianças aprendem através da modelagem e experiências em diferentes contextos.

Ainda parafraseando Braz (2017) esta relata que a técnica de Comunicação Facilitada, abrange um facilitador que coloca a sua mão sobre a mão do sujeito, braço ou pulso, que é conduzida ao teclado do computador ou a um tabuleiro com letras, palavras e imagens. Assim, o sujeito se comunicará através do contato da sua mão com a do facilitador, encaminhando assim, a letra, palavra ou imagem.

Estudos sobre a terapia da Comunicação Facilitada iniciaram-se em 1992 na Austrália, por Rosemary Crossley. Atualmente, as pesquisas no centro de comunicação facilitada nos EUA, na Universidade de Syracuse, permeiam o projeto Facilitated Communication Institute, que é um instituto de pesquisa que treina facilitadores para lidar com crianças com dificuldades de comunicação, especialmente os autistas (CROSSLEY, 1994).

O objetivo imediato da Comunicação Facilitada seria o de promover escolhas e a possibilidade de comunicação. E é importante que o facilitador faça a leitura do que é escrito pelo estudante no ato da digitação para que este assimile constantemente as palavras aos sons, sendo assim uma forma de estimular a audição e futuramente a possibilidade de fala desse estudante. Na medida em que há um desenvolvimento da habilidade e da autoconfiança do estudante, a quantidade de apoio físico tende a ser reduzida até que ocorra, se possível, o uso do comunicador de maneira autônoma (Braz, 2017).

Segundo AGUIAR (2012), a Comunicação Facilitada, que inclui a atuação de um facilitador dando o suporte necessário para o estudante utilizar um dispositivo de comunicação para responder questões e expressar seu pensamento, na quebra de barreiras sociais e educacionais comumente atreladas a estudantes com diagnóstico do espectro autista.

2.2.1.8 MIND-READ – treinamento projetado para aumentar a capacidade de se colocar no ponto de vista do outro

Segundo Bosa (2006), o *mind-read* é uma abordagem criada recentemente para a melhora das dificuldades sociais e diz respeito a um treinamento projetado para aumentar a capacidade de se colocar no ponto de vista do outro. Ainda que haja algumas evidências de melhora, a generalização dos resultados é pobre.

2.2.1.9 LOVAAS - Aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas – programa comportamental intensivo

Bosa (2006), destaca que o LOVAAS é um programa comportamental intensivo, geralmente realizado na casa da criança, com pelo menos 20 horas semanais de trabalho educacional aonde são trabalhadas diferentes áreas do desenvolvimento tais como, linguagem, aspectos cognitivos, comportamento social, etc. Uma das limitações do programa é que ele impõe algumas restrições às famílias, tais como horas determinadas em que os membros da família devem estar disponíveis para os programas, talvez provocando a renúncia de planos como gravidez, uma promoção no trabalho, entre outros.

2.2.1.10 Teoria da Mente (TOM)

Baron Cohen, Leslie e Frith (1985), relatam que o conceito “teoria da mente” provém de estudos com chimpanzés e aplicação desse conceito para o estudo do autismo foi feita inicialmente por eles.

Os mesmos autores acima citados, explicam que a Teoria da Mente é a capacidade de atribuir estados mentais a si mesmo e às outras pessoas e dessa forma poder prever o comportamento dos outros a partir das suas crenças, desejos e intenções representadas no estado mental. Portanto, devido à inexistência desta capacidade, as pessoas com autismo não conseguem realizar ações simbólicas ou imaginativas, pois para isso são necessárias meta-representações, ou seja, representações de segunda ordem.

Segundo Bosa (2000), o impulso inicial para esta capacidade seria inato, mas o processo de representação dos estados mentais seria desenvolvido através da interação social.

Para Beyer (2002) a dificuldade na representação mental não fica circunscrita apenas à assimilação de conhecimento informativo ou formal, mas que aparece também na compreensão das relações humanas, sendo este o ponto mais destacado no autismo.

A Teoria da Mente (TOM) é um dos principais modelos cognitivos responsáveis pelos prejuízos na comunicação social dos indivíduos com Transtorno do Espectro do

Autismo (TEA). Na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico – DSM-V (APA, 2013), o Transtorno do Espectro do Autismo – TEA é caracterizado por déficits na comunicação e interação social, bem como pela presença de comportamentos estereotipados e interesses rígidos, restritos e intensos. Dentre as dificuldades relacionadas ao transtorno, destacam-se os prejuízos na Teoria da Mente (TOM), termo utilizado para nomear a habilidade automática e espontânea de reconhecer emoções, pensamentos e intenções, em si mesmo e nos outros (Faria, 2015).

Segundo Fiaes & Bichara (2009), os problemas ligados a TOM têm sido frequentemente usados para explicar os sintomas comportamentais em indivíduos portadores de Transtorno do Espectro do Autismo, falhas no estabelecimento de relacionamentos emocionais, a evitação do contato visual e corporal e o uso de recursos linguísticos de modo atípico sugerem um empobrecimento na apreciação de estados mentais em outros indivíduos, mesmo que outras capacidades cognitivas estejam intactas.

Teoria da Mente é um constructo amplo e que possui vários níveis de complexidade, como foi possível observar no estudo de Begeer (2011). Desta forma, a TOM pode ser dividida em níveis: pré-requisitos (ex: imitação, brincadeiras de faz de conta); habilidades básicas (ex: compreensão de emoções e crenças de primeira ordem); e avançadas (ex: compreensão de crenças de segunda ordem). Sobre a amplitude de constructos, a Teoria da Mente engloba: inferência de sentimentos em si e nos outros, inferência de pensamentos, compreensão de falsa crença, compreensão de metáforas, uso de sarcasmos e ironias, falas subtendidas, entre outros. Desta forma, devido à complexidade do tema e da amplitude de constructos, cada indivíduo apresenta déficits em Teoria da Mente de forma única (FIAES & BICHARA, 2009).

Segundo Lourenço (1992), se for considerado que as crianças têm uma teoria da mente quando atribuem estados mentais a si próprias e aos outros, como desejos, intenções e crenças, as evidências mostram que esta capacidade já é visível aos dois ou três anos ou mesmo mais cedo.

Segundo Baron Cohen, Leslie e Frith (1985), todas as pessoas que apresentam uma perturbação do desenvolvimento do tipo autista, têm consequências importantes sobre a sua personalidade e sobre a relação social, e isto deriva do fato de haver um déficit específico na Teoria da mente. Outra marca da teoria está em que o indivíduo com autismo, possui dificuldade em manter o contato visual, interpretar expressões faciais e conseqüentemente, dificuldade em compreender as emoções dos outros.

Então, se o indivíduo possui alterações e deficiências no desenvolvimento da Teoria da Mente, o mundo para ele é extremamente trágico, pois o comportamento das outras pessoas torna-se completamente imprevisível, sem ordem. (Baron Cohen, Leslie e Frith (1985).

2.2.1.11 SOFTWARE “Descobrimdo Emoções”

Segundo Barth (2004), o software Descobrimdo Emoções tem como público indivíduos com TEA e está baseado em estudos feitos por Baron-Cohen e colaboradores. O objetivo deste ambiente é trabalhar as incapacidades sociais e comunicativas através da apresentação de situações-problemas, e verificar os aspectos da Teoria da Mente permitindo através da interação com o software proporcionar um melhor desempenho nas interações sociais diárias dos sujeitos.

Ainda em destaque relatos de Barth (2004) o software Descobrimdo Emoções, permite verificar os déficits na Teoria da Mente dos sujeitos observados, porém ainda não foi realizada uma aplicação sistemática que permita afirmar que através da interação com o software os sujeitos desenvolvem uma interação social mais adequada no cotidiano.

O software tem um ambiente dividido em 3 (três) níveis de dificuldade (Barth, 2004):

Quadro 14 - Níveis de dificuldade no Software

Nível 1	Nível 2	Nível 3
As emoções apresentadas no nível 1 estão sempre diretamente baseadas em situações cotidianas, às vezes poderá se aceitar duas respostas como corretas.	No nível 2 identifica as emoções baseadas em desejos, estas serão as emoções que são causadas pela satisfação ou não de um desejo, nesse nível o autista deverá ser capaz de identificar os sentimentos do personagem de acordo com a satisfação ou não do desejo que se apresenta na situação.	No nível 3 será a identificação da emoção causada pela situação que alguém deseja obter e pela situação que este mesmo alguém pensa que vai obter, mesmo que estas suposições conflitam com a realidade, porém este nível de dificuldade será desenvolvido futuramente, não constando ainda no ambiente atual.

<p>No nível 1, apresenta-se para o aluno uma situação-problema, e quatro emoções possíveis: feliz medo, raiva e triste. O aluno poderá selecionar a emoção, sendo que a emoção que aparece é a relacionada com aquela escolhida por ele. A medida que desejar o aluno, apoiado pelo professor poderá passar para a próxima situação.</p>	<p>No nível 2, onde aparecerá uma tela inicial com uma situação apresentando um desejo e posteriormente sua emoção a partir da satisfação ou não do desejo, como segue. Num primeiro momento, o rosto aparecerá, sem emoção alguma, e apenas a frase apresentando a situação alcançada e a pergunta que segue logo após. O rosto apenas terá uma expressão quando o aluno pressionar um dos rostos abaixo da tela, identificando as emoções.</p>	<p>No nível 3 então, aparecerão duas perguntas relacionadas à emoção escolhida: "Maria está se sentindo feliz? Você se sentiria feliz? e assim com todas as outras três emoções.</p>
--	--	--

Fonte: Creice Barth, (2005).

Parafraseando Barth (2004), esta destaca que por fim o ambiente apresenta um relatório do desempenho do aluno através da verificação quantitativa do número de vezes de cada ícone-emoção que cada usuário selecionou durante a operação. Com esses dados, apoiados com a observação direta realizada pelo terapeuta, professor, pode-se analisar: Por que ele (a) selecionou tantas vezes feliz (por exemplo), será que realmente identificou as situações ou apenas marcou por marcar? E assim analisar o grau de compreensão que o aluno está tendo a respeito das emoções.

2.3 METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho, usou-se pesquisa de natureza qualitativa do tipo bibliográfica, a qual se caracteriza em uma revisão da literatura, por meio das bases de dados eletrônicas e bibliografias relacionadas ao tema. Ao final da coleta de dados foi realizada discussão das informações obtidas, bem como uma análise das principais ideias e autores para chegar a resposta do problema de pesquisa.

2.3.1 Natureza e Tipo de Pesquisa

O presente trabalho apresenta-se sobre natureza qualitativa.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

Também se apresenta sobre a forma bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Para o desenvolvimento do trabalho, foi necessário a utilização de um acervo de livros, de artigos e sites científicos, internet, computador, ambiente adequado e a professora orientadora.

2.3.3 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Essa pesquisa de natureza qualitativa e do tipo bibliográfica pode encontrar dados para análise por meio da pesquisa em livros, artigos científicos, periódicos, sites e revistas científicas. Essas informações foram selecionadas e aplicadas ao estudo com o intuito de responder ao problema de pesquisa.

2.3.4 Procedimentos

Foram selecionados alguns autores que discorrem sobre o tema em questão, para que fosse possível fazer a análise das ideias e conseqüentemente responder o problema de pesquisa elencado.

2.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo refere-se à análise e discussão dos dados, onde se descreveu, com base nas obras destacadas na revisão bibliográfica deste trabalho, o conceito do Transtorno do Espectro Autista (TEA), a compreensão do diagnóstico, bem como os modelos de intervenção psicoeducacionais. Esse estudo foi possível pois contou com estudos científicos na área.

Assim como já foi destacado ao longo deste trabalho, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) delinea-se por prejuízos persistentes na comunicação, na interação social e nos comportamentos que podem incluir interesses e padrões de atividades. Antes dos 3 anos de idade, provavelmente aparecerão os sintomas relacionados à poucas ou limitadas manifestações sociais, habilidades com a comunicação não desenvolvidas, interesses, comportamentos e atividades repetitivas.

Cunha (2009) e Assumpção (2014) destacam em seus estudos sobre o histórico do Transtorno, que a expressão autismo foi utilizada pela primeira vez por Eugene Bleuler, em 1911, para designar a perda de contato com a realidade acarretando numa dificuldade na comunicação e um comportamento próximo aos diagnosticados em quadros de esquizofrenia.

O autor Kanner destacou uma nova síndrome em 1943, que permanece no transtorno até os dias de hoje, ou seja, ele pontua que na interação de um grupo de crianças com o mesmo diagnóstico foi possível observar uma mesma incapacidade de relacionar-se, presente desde o início da vida, além de movimentos corporais repetitivos e estereotípias e uma resistência a mudança de rotina.

Bianchi (2017) escreve sobre as causas que levam ao Transtorno e pode-se observar que em determinado momento de seus estudos, esses autores chegam ao fato de que o comportamento frio e indiferente vem da relação dos pais para com os filhos (as), principalmente da mãe para com o filho (a) onde deu-se o nome de “mães geladeiras”.

A percepção dos autores mostra uma condição muito importante, quando se trata de diagnóstico e causas do TEA. É saber que um caso de autismo nunca será idêntico ao outro, existe uma particularidade característica em cada indivíduo que tem o Transtorno, portanto é extremamente importante considerar a subjetividade de cada indivíduo.

Os autores abaixo citados, repassam a compreensão de que ao passar dos anos, sentiu-se a necessidade de registrar e tornar técnico o processo de diagnóstico do TEA, para isso a APA (Associação Americana de Psiquiatria) em 1952, lança um manual conhecido e muito utilizado pela Saúde Mental até os dias de hoje, o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Este Manual foi sendo atualizado conforme novos estudos e novas avaliações foram sendo pontuadas.

A evolução e diagnóstico do Transtorno dentro dos DSM, vai desde “Esquizofrenia tipo Infantil” descrita no DSM-II, até Transtorno do Espectro Autista presente no DSM-V, atualmente utilizado.

No DSM-V os subtipos dos transtornos do espectro do autismo são eliminados. Os indivíduos são agora diagnosticados em um único espectro com diferentes níveis de gravidade. O DSM-V passa a abrigar todas as subcategorias da condição em um único diagnóstico guarda-chuva denominado Transtorno do Espectro Autista – TEA. A Síndrome de Asperger não é mais considerada uma condição separada e o diagnóstico para autismo passa a ser definido em duas categorias: alteração da comunicação social e pela presença de comportamentos repetitivos e estereotipados (VOLKMAR; HUBNER; HALPERN, 2014).

Esses estudos supracitados mostram que as pesquisas e estudos sobre o TEA, vão em busca de características que contemplem o maior número possível de indivíduos diagnosticados, para que a partir de análises, inclusive, análises de genes, possam chegar a uma causa específica do transtorno. Acreditam que assim poderão propor medidas efetivas de intervenção, avaliação, reabilitação, inclusão.

Ao discorrer sobre o processo de ensino-aprendizagem em indivíduos com TEA, pode-se pontuar que se inicia com a inclusão desses no ambiente escolar, porém, a intervenção educacional deve ser pautada nos interesses peculiares de cada indivíduo que tem o Transtorno do Espectro Autista, e o educador precisa compreender que o resultado do trabalho não será imediato, ou talvez, nem se concretize, precisando ajustes o tempo todo (CUNHA, 2009).

Alguns modelos de intervenções psicoeducacionais para indivíduos com TEA, nesta pesquisa compreendem: TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação) estimular o desenvolvimento social e comunicativo, PECS (Sistema de Comunicação Através da Troca de Figuras), ABA (Análise Aplicada do Comportamento) diminuindo comportamentos, SON-RISE (Programa de estímulo responsivo de interação), Abordagem FLOORTIME, modelo DIR de intervenção (Developmental, Individual Difference, Relationship-Based),

MAKATON (Sistema de Sinais), COMUNICAÇÃO FACILITADA: melhorar as habilidades de linguagem, MIND-READ – treinamento projetado para aumentar a capacidade de se colocar no ponto de vista do outro, LOVAAS - Aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas – programa comportamental intensivo e Teoria da Mente (TOM).

Uma intervenção psicoeducacional que proporcione compreensão e aprendizado ao indivíduo com TEA, precisa abordar e trabalhar conforme a necessidade de cada um e abarcar suas principais deficiências no que se refere a linguagem, interação social e comportamentos repetitivos. Para isso o TEACCH (Mello, 2001 & Vatavuk (1997) e o PECS (Santos, 2009), cada um com seu objetivo, irão contemplar a linguagem a fim de propor a aquisição de habilidades de comunicação com outras pessoas, a FLOORTIME (Ribeiro, 2014) busca principalmente, encorajar o indivíduo para a interação social como consequência, aumentar a socialização.

No Programa MAKATON (Moital, 2012 e Stephen e Tetzchner, 2000), o indivíduo tem mais uma abordagem que o auxilia na linguagem, porém através de uma comunicação com sinais, recorte de fala, gestos, imagens e símbolos. A proposta da Comunicação Facilitada (Braz, 2017 & Aguiar 2012), também é de promover a escolha e possibilidade de comunicação que mais se encaixe as dificuldades do indivíduo, no início à o apoio de um facilitador ao passo que observa-se a autoconfiança no indivíduo, este segue com as atividades sem auxílio de outro. Esta intervenção ainda é pouco usada e conhecida no Brasil. O treinamento em MIND-READ (Bosa, 2006), tem pouco estudo, porém sua proposta está pautada em aumentar a capacidade de empatia nos indivíduos com TEA.

No programa LOVAAS (Bosa, 2006), as atividades são efetivadas em casa com tempo determinado e com auxílio de um familiar, onde o indivíduo além de trabalhar com as questões da linguagem e aspectos cognitivos também promove o comportamento e interação social.

Em Teoria da Mente (Bosa 2000, Beyer 2002, Faria 2015 & Cohen, Leslie e Frith 1985), observa-se talvez o principal modelo cognitivo e o que mais traz significativo prejuízo para os indivíduos com TEA, pois esta é uma habilidade espontânea que o ser humano tem, de reconhecer emoções, pensamentos e intenções em si e nos outros, mas que o TEA não possui ou que apresenta muita

dificuldade de compreensão, o que justifica muitas vezes o comportamento dos indivíduos portadores do Transtorno.

O SON-RISE (Tolezani ,2010 & Locateli e Santos, 2016), é um dos métodos mais utilizados no Brasil, seu objetivo é o de promover oportunidades para que, tanto os pais, profissionais e indivíduos com TEA, construam, juntos, novas formas de se comunicarem e de interagirem, ao passo que as atividades lúdicas e motivacionais fornecem uma base para o aprendizado tanto social, emocional e cognitivo, bem como a autonomia e a inclusão social.

Por fim e talvez a mais importante completa intervenção, o ABA (Análise do Comportamento Aplicada) (Santos 2009, Mello 2001 & Bosa 2006) cujo objetivo é atuar em prol do desenvolvimento do indivíduo com TEA. Primeiramente busca-se ensinar para o indivíduo habilidades básicas como sentar, realizar contato visual, imitar, esperar sua vez, ou seja, ensinar ao indivíduo habilidades que ela não possui, através da introdução destas habilidades por etapas, desde a infância até a vida adulta. O uso das técnicas que possibilitem ampliar a capacidade cognitiva, de linguagem e interação social, capacidades motoras e por meio de práticas de repetição e esforço, eliminar comportamentos negativos que possam interferir no processo de aprendizagem, podendo também auxiliar no desenvolvimento efetivo de habilidades conhecidas como básicas que seriam olhar, ouvir, imitar, assim como habilidades mais complexas como conversar, interagir e ler, o ABA torna-se completo e eficiente para os resultados que se buscam.

3 CONCLUSÃO

O presente trabalho de conclusão de curso teve como tema compreender os modelos de intervenções psicoeducacionais para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Primeiramente buscou-se pesquisar como se apresenta o Transtorno do Espectro Autista, sua classificação frente ao Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mental (DSM-V) e contribuições de alguns autores que escrevem sobre o tema.

Frente às várias bibliografias estudadas e pontuadas neste trabalho, é possível observar que elas se complementam no que diz respeito às análises comportamentais, vivenciais dos indivíduos com TEA, onde todos trazem os problemas de interação social, bem como linguagem e comportamento, em especial os movimentos estereotipados.

Com o objetivo de compreender o diagnóstico psicológico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), bem como os modelos de intervenção psicoeducacionais, tornou-se necessário estabelecer alguns objetivos específicos que foram ao encontro de contemplar o conceito e contexto do TEA e seus transtornos relacionados, compreender as características associadas ao diagnóstico psicológico, as quais interferem no processo psicoeducacional. Pesquisar os modelos de intervenção utilizados e organizar os estudos científicos encontrados sobre os aspectos diagnósticos do TEA e os modelos de intervenções psicoeducacionais, foram também objetivos dessa pesquisa. Com o estudo, foi possível atender a esses objetivos analisando e discutindo as informações de maneira a encontrar resposta para o problema de pesquisa.

Tendo em vista a relevância do trabalho em nível acadêmico, o conhecimento acerca da avaliação diagnóstica do TEA e as possibilidades de intervenções psicoeducacionais, favoreceram o conhecimento profissional e acadêmico. Além disso, pode-se dizer que o seu resultado poderá auxiliar pais, professores e demais profissionais a compreender melhor os aspectos relacionados ao TEA, bem como facilitar o acesso a informações sobre as intervenções psicoeducacionais existentes, necessárias, bem como a abrangência dessas, as quais podem auxiliar na melhora da qualidade de vida dos indivíduos com o transtorno.

Cientificamente, esse estudo contribui, pois aborda um tema complexo, atual e intensamente estudado por inúmeros pesquisadores. Além disso, pesquisar o

diagnóstico e as intervenções psicoeducacionais enriqueceu o acervo bibliográfico dessa temática.

Ao final da coleta de dados foi realizada discussão das informações obtidas, bem como uma análise das principais ideias e autores para chegar a resposta do problema de pesquisa. Assim, pode-se concluir que ao todo são listadas 11 (onze) intervenções dentre elas as mais utilizadas: TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação), PECS (Sistema de Comunicação Através da Troca de Figuras), ABA (Análise Aplicada do Comportamento) e SON-RISE (Programa de estímulo responsivo de interação). Ainda que a melhora possa ser observada, os resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que as intervenções podem ser eficazes em um período da vida, porém não tão eficazes em outro, ou seja, uma intervenção específica que pode ter um bom resultado em certo período de tempo, por exemplo: nos anos pré-escolares, pode apresentar eficácia diferente nos anos seguintes, por exemplo na adolescência. Justificando a importância do tratamento e intervenções personalizadas para cada indivíduo e em cada momento do seu desenvolvimento.

Entretanto, um aspecto de consenso entre os autores e bibliografias estudadas, é a importância da identificação e intervenção precoce do autismo e sua relação com o desenvolvimento que virá posteriormente. E finalmente, outra e talvez a mais importante questão que se deve levar em conta, é a necessidade de o tratamento e as intervenções se focarem em toda a família, não só no indivíduo com o transtorno, pois a família precisa auxiliar esses a funcionar adaptativamente em nossa atual sociedade afim de promover o aprendizado e a interação no seu dia-a-dia.

Por fim, entende-se que o tema pesquisado é de grande importância e que deve ser discutido, por ser um estudo amplo e que não se esgota nesse trabalho, sugere-se a continuidade das pesquisas e estudos sobre as inúmeras intervenções psicoeducacionais existentes para auxiliar os indivíduos com TEA, bem como pesquisas e discussão para conhecimento efetivo desse transtorno.

REFERÊNCIAS

BAGAIOLO, L.; Guilhardi, C. e Romano. **Análise Aplicada do Comportamento e contribuições para a intervenção junto a indivíduos com desenvolvimento atípico**. Temas em Desenvolvimento. Menon. 2015.

B.C. P.L. & S.L. (2005). **Software “Descobrimo Emoções”**. Análise e Desenvolvimento de Modelos Mentais em sujeitos com Autismo. Centro Universitário FEEVALE, Brasi, acessado em 6 de janeiro de 2009, em www.tise.cl/archivos/tise2005/10.pdf. Acesso em 03/10/2018.

BOSA, Cleonice A. **Autismo**: Intervenções psicoeducacionais. Revista Brasileira de Psiquiatria, 28, 2006.

BOSA, Carlos. **Autismo**: Breve Revisão de Diferentes Abordagens. Revista Psicologia: Reflexão e Crítica. Ed. 13, 2000.

BEYER, Hiário. **A Criança Com Autismo**: Propostas De Apoio Cognitivo A Partir Da Teoria Da Mente. In: Baptista Et Alli (2002). Autismo E Educação: Reflexões E Propostas De Intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRAGA-KENYON, P., Kenyon, S. E. & Miguel, C. F. **Análise Comportamental Aplicada (ABA)**: Um Modelo para a Educação Especial. Em: W. Camargo Jr. (Org), 2005.

CAVACO, Nora. **O profissional e a educação especial**: uma abordagem sobre o autismo. Porto: Editorial Novembro, 2009.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e Inclusão**: Psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

CROSSLEY, Rosemary. **Facilitated communication training**. Nova Iorque, 1994. FIAES, C. S.; Bichara I. D. **“Make-Believe play in autistic children: constraints and possibilities in the evolutionary perspective”**. In: Est. Psicol. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000300007 Acesso em 03/10/2018.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 27/10/2016.

GILLBERG, C. **Transtornos do espectro do autismo**. Palestra feita no Auditório do InCor, em São Paulo, 2005.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GUNTHER, Hartmut. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2>. Acesso em: 27/10/2018.

LOURENÇO, O. **Teorias da mente na criança e o desenvolvimento de crenças falsas: Falsas de quem?** Análise Psicológica, 1992.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-V.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **Inclusão escolar: o que é? Por quê? Como fazer?** São Paulo: Moderna, 2006.

MARQUES, M. B. & Mello, A. M. S. **Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: 3º Milênio.** Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA, 2005.

MELLO, A. M. S. **Autismo: guia prático.** Brasília, 2001.

PETERSON, C. & WAINER, R. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes.** Artmed, 2011.

PIANA, Maria Cristina. **A construção da pesquisa documental: Avanços E Desafios Na Atuação Do Serviço Social No Campo Educacional,** 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-05.pdf>. Acesso em: 03/10/2018.

VATAVUK, M. C. (1997). **Método TEACCH.** Disponível em: www.ama.org.br/teacch. Acesso em 03/10/2018.

VOLKMAR, Fred; HUBNER, Martha; HALPERN, Ricardo. **HISTÓRIA DO AUTISMO.** In National Autistic Society – Autism Speaks, 2014. Disponível em: <https://www.autismspeaks.org/site-wide/national-autistic-society>. Acesso em 13/10/2018.

WHITBOURNE, **Psicopatologia: Perspectivas Clínicas dos Transtornos Psicológicos,** 2015.

Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes>). Acesso em 03/10/2018.

Artigo: **Autismo: método ABA ou método TEACCH?** <https://institutoitard.com.br/autismo-metodo-aba-ou-metodo-teacch/>. Acesso em 26/10/2018.

Artigo de Fabiana Schondorfer Braz e Emmanuelle Christine Chaves. **Autismo e comunicação facilitada: um olhar transdisciplinar para o processo de ensino aprendizagem,** 2017. https://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV073_MD1_SA10_ID6407_16102017193831.pdf. Acesso em 26/10/2018.

Artigo: **Abordagem Floortime no tratamento da criança autista**: possibilidades de uso pelo terapeuta ocupacional. Luciana de Cássia Ribeiro, Ana Amélia Cardoso. 2014 <http://umolharsobreautismo.blogspot.com/2009/01/signos-gestuais-stephen-von-tetzchner.html>, Sinais Gestuais, 2000. Acesso em 13/10/2018.

Monografia de Rafaela Cristina Bianchi. **A educação de alunos com transtornos do espectro autista no ensino regular**: desafios e possibilidades. Franca/SP, 2017. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150651/bianchi_rc_me_fran.pdf?sequence=3. Acesso em 13/10/2018.

Monografia de Aline de Oliveira Santos: **Autismo Infantil e as Técnicas Psicoeducacionais**. Brasília/DF, 2009. <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2651/2/20410160.pdf>. Acesso em 13/10/2018.

Dissertação de Mestrado de Dulcília Maria Évora Figueirinha Moital, 2012. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8232/1/ulfpie043254_tm.pdf. Acesso em 13/10/2018.

Site: http://www.cresceremrede.net/i_online/interventionData.aspx?idIn=3.Makaton. Acesso em 13/10/2018.

Site: <http://umolharsobreautismo.blogspot.com.br/2009/01/teoria-da-mente-e-autismo.html>. Acesso em 02/11/2018.