AS CONTRIBUIÇÕES DO MODELO DENVER DE INTERVENÇÃO PRECOCE EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

CONTRIBUTIONS OF THE DENVER MODEL OF EARLY INTERVENTION IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER (ASD)

Gislene Silva Dutra¹

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo discutir as contribuições do Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM) em crianças autistas, tendo em vista sua inclusão social. O estudo respondeu as principais questões sobre o conceito, as causas, o diagnóstico, o tratamento e a intervenção em crianças com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Além disso, apresentou os aspectos centrais da aplicação do Modelo Denver e discutiu uma proposta de intervenção para a prevenção e extinção de comportamentos inadequados, visando melhor qualidade de vida e inclusão social das crianças com TEA. O procedimento metodológico adotado foi a pesquisa descritiva e bibliográfica, que tomou como referência a publicação de pesquisas recentes, com evidências científicas, sobre o TEA e o Modelo Denver.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Modelo Denver. Comportamentos inadequados. Comportamentos funcionais. Inclusão social.

ABSTRACT

This article aims to discuss the contributions of the Denver Model for Early Intervention (ESDM) in autistic children, in view of their social inclusion. The study answered the main questions about the concept, causes, diagnosis, treatment and intervention in children with Autistic Spectrum Disorder (ASD). In addition, it presented the central aspects of the application of the Denver Model and discussed an intervention proposal for the prevention and extinction of inappropriate behaviors, aiming at a better quality of life and social inclusion of children with ASD. The methodological procedure adopted was descriptive and bibliographic research, which took as a reference the publication of recent research, with scientific evidence, on TEA and the Denver Model.

Keywords: Autistic Spectrum Disorder. Denver model. Inappropriate behaviors. Functional behaviors. Social inclusion.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerado como um transtorno do neurodesenvolvimento, cujas características principais são déficits significativos e persistentes

¹ Licenciada em Pedagogia, Especialista em Educação Inclusiva, Inspeção Escolar, Gestão da Educação Pública e Psicopedagogia Clínica e Institucional, Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Doutoranda em Educação - Universidad Internacional Iberoamericana (UNINI). E-mail. gislenesilvadutra@hotmail.com

na comunicação e na interação social, associados a padrões comportamentais restritos e repetitivos (APA, 2013).

O presente artigo tem por objetivo discutir as contribuições do Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM) em crianças autistas, tendo em vista sua inclusão social.

A primeira parte deste estudo apresenta uma discussão a respeito de questionamentos mais recorrentes acerca do TEA, tais como: o que é o autismo? Quais são suas causas? Quando e como ocorre o seu diagnóstico? Quais são as possibilidades de tratamento e intervenção?

A segunda parte aborda o Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM), buscando ressaltar os aspectos centrais de sua aplicação, tomando como referência o livro *Intervenção Precoce em crianças com autismo: modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*, que apresenta a descrição desse método na intervenção em crianças com TEA.

A terceira e última parte do artigo apresenta uma discussão sobre a prevenção e extinção de comportamentos inadequados, com vistas à potencialização dos comportamentos funcionais, visando melhor qualidade de vida e inclusão social das crianças com TEA.

O procedimento metodológico adotado trata-se de uma pesquisa descritiva e bibliográfica que tomou como referência as publicações de pesquisas recentes, com base em evidências científicas, sobre o TEA e o Modelo Denver.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): conceito e causas

O autismo pode ser definido como uma condição comportamental em que a criança apresenta prejuízos na cognição ou alterações básicas no comportamento e na interação social, dificuldade de comunicação e presença de comportamentos repetitivos ou estereotipados (GAIATO; TEIXEIRA, 2018)

Muito se tem discutido acerca das causas do autismo, e estas não estão completamente esclarecidas, mas o que já se sabe é que “a relação é multifatorial. É uma combinação genética de cada indivíduo que determina o quadro clínico” (GAIATO, 2018, p. 61).

A genética é a principal causa responsável por 97% dos casos de autismo, desses, 81% são hereditários, o que significa que ocorrem alterações no código genético do feto em desenvolvimento no útero da mãe, o que acarreta uma série de reações químicas que modificam a qualidade, a produção, a forma e a organização de células, o que altera a expressão química dos neurônios. Vale dizer que não se sabe ao certo quais são os genes afetados na ocorrência do autismo, mas sabe-se que são vários (GAIATO, 2018).

Os fatores ambientais também podem participar da origem do autismo (1 a 3% dos casos). Vale dizer que se entende por esses fatores os insultos provocados ao cérebro fetal em desenvolvimento durante o período gestacional, por exemplo: rubéola, meningite, uso de drogas, medicamento tóxico, prematuridade etc. (TEIXEIRA, 2016).

DIAGNÓSTICO DO TEA

O diagnóstico de autismo é clínico, ou seja, não há exames laboratoriais que identifiquem o espectro, estando, portanto, em dependência de uma avaliação comportamental da criança e da entrevista com os pais/educadores. Durante essa avaliação, o médico faz um rastreamento do desenvolvimento infantil, buscando perceber se ocorrem atrasos nas habilidades básicas referentes à fala, à linguagem corporal, ao comportamento social e à cognição (GAIATO; TEIXEIRA, 2018).

As crianças que apresentam sintomas mais graves são facilmente diagnosticadas e encaminhadas para tratamento. Porém muitas delas possuem apenas alguns traços do espectro, o que torna a avaliação mais complexa. O que se tem hoje no Brasil são crianças com TEA diagnosticadas mais tarde que o ideal, que seria antes dos 2 anos de idade (TEIXEIRA, 2016).

Para nortear esse diagnóstico, os médicos utilizam o Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que padroniza o conhecimento atualizado dos diagnósticos psiquiátricos para os profissionais da área da saúde.

O difícil no diagnóstico do autismo é que o comportamento é variável e altamente subjetivo. Assim, pessoas diferentes podem ter análises diferentes a respeito do comportamento de uma mesma criança. Por isso é importante considerar qual é o profissional mais indicado para realizar essa avaliação.

TESTES E ESCALAS PARA DIAGNÓSTICO DO AUTISMO

No Brasil, existem vários instrumentos validados que podem auxiliar no diagnóstico, a partir da identificação de comportamentos ou sintomas de autismo em crianças. Muitos deles são de fácil aplicação e acesso para pais, cuidadores e profissionais (GAIATO, 2018).

A seguir serão apresentadas as escalas diagnósticas mais usuais no Brasil:

- **M-CHAT**: instrumento de delineamento precoce que visa identificar indícios do TEA em crianças entre 18 e 24 meses. Pode ser aplicado por qualquer pessoa

(pais, cuidadores, professores), pois sua organização é bem simples (TEIXEIRA, 2016).

- **CARS:** utilizado na distinção de casos de autismo leve, moderado e grave, além de discriminar crianças autistas daquelas com deficiência intelectual. Trata-se de uma escala com quinze categorias de comportamento tipicamente autista. Indicado para crianças acima de dois anos de idade (TEIXEIRA, 2016).
- **Checklist Curriculum:** escala extraída do Modelo Denver de Intervenção Precoce para crianças pequenas com autismo; é uma escala utilizada para definir a maioria das competências comportamentais já adquiridas pela criança, as que estão em apropriação e as que não estão no repertório da criança.

O uso desses instrumentos pode ser importante para o delineamento dos sintomas, mas não é suficiente para o diagnóstico. Essas escalas não substituem a observação qualitativa do médico especialista, que vai fazer uma análise individual e funcional dos comportamentos da criança avaliada. (GAIATO, 2018).

Vale ressaltar que, no que diz respeito aos níveis de gravidade dos sintomas de autismo, em princípio se utilizava os termos leve, moderado e grave. Depois do DSM V, o TEA está dividido entre os níveis 1, 2 e 3, tomando como referência os níveis de apoio e de intervenção que a pessoa com autismo precisa receber (DSM 5, 2014).

TRATAMENTOS E INTERVENÇÕES

Já é um consenso entre muitos estudiosos do TEA que a intervenção deve se iniciar o quanto antes possível, da maneira mais precoce possível (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012), sendo indicado por especialistas a partir da suspeita do TEA.

A intervenção do TEA ocorre com uma avaliação inicial que tem por objetivo classificar o repertório comportamental da criança, por meio de escalas e *checklists* que contemplam os marcadores de desenvolvimento infantil, de forma a rastrear tudo o que a criança faz com aquilo que é esperado para sua idade. Nessa avaliação inicial, a participação da família, dos cuidadores e da escola é fundamental para a qualidade das informações (GAIATO, 2018).

A terapia deve ser realizada na clínica, na casa e na escola. Para que o tratamento alcance os objetivos esperados, a estimulação ideal para a criança é de 15 a 40 horas semanais dessas atividades, por isso é fundamental que todos os envolvidos com a criança sejam orientados a dar continuidade ao tratamento em casa e na escola (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012).

No âmbito da intervenção, já se sabe que as terapias baseadas em tratamentos comportamentais funcionam efetivamente na melhora do quadro dos autistas, no sentido de extinguir comportamentos inadequados e potencializar comportamentos funcionais TEIXEIRA (2016). Nos próximos tópicos, apresentam-se algumas terapias mais usuais no Brasil no tratamento do autismo:

- **ABA** - Análise Aplicada do Comportamento: trata-se de uma ciência com um conjunto de princípios que incluem habilidades de comportamento social, funcional, visual, acadêmico, além de toda preocupação em desenvolver habilidades diárias (TEIXEIRA, 2016).
- **TEACCH** - Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com desvantagens da comunicação: programa que utiliza apoios, principalmente visuais, para ensinar comportamentos.
- **PECS** - Sistema de Comunicação por Trocas de Figuras: método para ensinar pessoas com distúrbio de comunicação e/ou com autismo a se comunicarem de forma funcional, por intermédio de troca de figuras (TEIXEIRA, 2016).
- **ESDM** - Modelo Denver de Intervenção Precoce: baseado na Análise Aplicada do Comportamento (ABA), prioriza a construção das interações sociais da criança, a espontaneidade e a habilidade de engajamento com o outro. Essa intervenção tem o objetivo de ajudar a criança a aprender em todos os momentos, pois explora, de forma ativa, as oportunidades de aprendizagem em ambiente natural (GAIATO, 2018).

No próximo item, nos aprofundaremos na discussão acerca das contribuições do Modelo Denver na intervenção precoce em crianças com autismo.

MODELO DENVER DE INTERVENÇÃO PRECOCE (ESDM)

A abordagem denominada Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM - Early Start Denver Model) se propõe a preparar, apoiar, recompensar e aumentar as iniciativas da criança com autismo, ajudando no seu desenvolvimento em todos os domínios (ROGERS; DAWSON, 2014).

O modelo Denver é direcionado às crianças com autismo entre 12 e 60 meses de idade, com enfoque nos seguintes domínios: comunicação receptiva e expressiva, competências

sensoriais, competências de jogo, competências motoras finas, coordenação motora grossa e comportamento adaptativo. A aplicabilidade dessa intervenção pode ocorrer em vários ambientes: na escola, em casa ou no contexto clínico (ROGERS; DAWSON, 2014).

A implementação do Denver começa com a avaliação, na qual são levantadas as competências atuais da criança, tomando por base o *Checklist Curriculum*, que é aplicado diretamente pelo terapeuta com a criança com suspeita de TEA. Além de utilizar a informação obtida a partir dos pais ou de outros profissionais que acompanham as crianças. Nessa fase, o objetivo é formar uma imagem precisa da competência atual da criança (ROGERS; DAWSON, 2014).

Após o fechamento da avaliação, realiza-se um comparativo entre o que a criança faz e o que ela deveria fazer, de acordo com sua idade, buscando identificar as áreas que possuem lacunas. A partir dessa análise, organiza-se um programa individual e personalizado para a criança, indicando o que precisa ser estimulado em cada criança na aplicação do programa de intervenção.

O programa de intervenção proposto no Modelo Denver é naturalista e faz uso de duas atividades em sua aplicação: o uso de brincadeiras no chão com os objetos e as brincadeiras sociais, chamadas de rotina social sensorial. Ambas serão descritas nos próximos tópicos.

BRINCADEIRAS NO CHÃO COM OS OBJETOS

Essa atividade se divide em duas etapas na aplicação dos programas:

1. Tornar-se parceiro de jogo;
2. Cumprir demandas.

O objetivo da primeira etapa é tornar-se parceiro de jogo, ou seja, conseguir brincar com a criança, seguindo a sua liderança. É importante esclarecer que, na etapa de “tornar-se parceiro de jogo”, o terapeuta não deve dar nenhuma demanda para a criança, apenas seguir a sua liderança no brincar.

O 1º passo de tornar-se parceiro de jogo é identificar o verdadeiro objetivo da criança com o brinquedo. Nesse passo é importante observar e compreender qual uso a criança está fazendo do brinquedo, mesmo que esse uso não seja funcional.

O 2º passo é ajustar o posicionamento. Para tanto, é essencial estar na frente da criança, pois dessa forma ela terá maior chance de focar no rosto do terapeuta e manter-se mais

concentrada. Nesse processo, quem se ajusta (ou muda de lugar para ficar na frente da criança) é o terapeuta.

O 3º passo é manter uma distância confortável. Identificar a zona de conforto da criança é fundamental, visto que cada criança tem distintas reações à proximidade física. É necessário, também, observar a distância em que ela pareça estar mais confortável, garantindo proximidade o suficiente para tocar nela e nos materiais.

O 4º passo é eliminar a competição. O ambiente físico pode ser poderoso para a atenção da criança, e os objetos podem competir com o terapeuta. Por isso é necessário observar o foco de distração da criança e controlá-lo, de modo a ter menos concorrência.

O 5º passo é narrar o que a criança está fazendo. Enquanto se observa a criança brincar, acrescentam-se palavras simples para descrever o que ela está fazendo. Deve-se utilizar linguagem simples para ajudá-la a escutar palavras individuais e associá-las aos objetos e à atividade. Nesse processo de narrar é importante usar a regra do mais um: se a criança não é verbal, narre com uma única palavra. Se ela usa duas palavras na fala, narre utilizando três, e assim sucessivamente. Para preencher os espaços entre as palavras ditas, é relevante utilizar sons vocais lúdicos.

O 6º passo é imitar o que a criança está fazendo, ou seguir a sua liderança. Em vez de tentar dirigir a atenção dela para outra coisa, deve-se seguir o foco de atenção da criança e juntar-se a ela na atividade, narrando o que ela está fazendo.

O 7º passo é oferecer ajuda. Esse é o momento de se tornar útil para auxiliar a criança a alcançar seus objetivos na brincadeira. Pode-se, por exemplo, estender-lhe as peças de que precisa, ou apanhar algo que caiu, sempre dizendo o nome dos objetos, enquanto entrega-os a ela.

DEMANDA DADA É DEMANDA CUMPRIDA!

Depois de cumprir a primeira etapa de tornar-se parceiro de jogo, inicia-se o momento de dar demandas para que a criança as cumpra. Antes de descrever essa etapa, é importante compreender, de forma bem simplificada, a forma pela qual nosso cérebro aprende.

Nosso cérebro possui a capacidade de criar e remodelar suas redes neurais de acordo com os estímulos que recebe, e isso é possível graças à plasticidade cerebral. Por meio de estímulos adequados, nosso cérebro cria novas ligações entre neurônios e modifica a rede de conexões, ou seja, cria caminhos diferentes e complementares. Esse aspecto é fundamental na intervenção com autistas (GAIATO, 2008).

Quando direcionamos comportamentos e aprendizagens funcionais para a criança autista, e os fortalecemos de maneira adequada, ela é capaz de aprender e de adotar comportamentos funcionais.

A aprendizagem pode, aqui, ser entendida como “a capacidade de adquirir informações novas, padrões de comportamento ou habilidades que sejam duradouros e que modifiquem comportamentos” (GAIATO, 2008, p. 78).

Nesse processo de aprendizagem, a memória é muito importante. Pesquisas mostram que muitas áreas do cérebro estão envolvidas em aprendizagem e memorização, inclusive as áreas motoras. Portanto, durante a intervenção com os autistas, utilizam-se bastantes ações motoras associadas ao brincar, o que é baseado num modelo naturalista (GAIATO, 2008, p. 78).

Para aprender, o nosso cérebro precisa sair de seu padrão habitual, ou seja, a criança precisa deixar de executar apenas o que já sabe. É por isso que na intervenção com autistas são feitas novas demandas, ou seja, desafia-se a criança a executar algo que não está acostumada a fazer.

Gaiato (2008) alerta que uma boa intervenção para autistas deve oferecer estímulos de uma maneira que não desregule a criança, que seja capaz de retirá-la de sua zona de conforto, mas que não a sobrecarregue.

Para as demandas que envolvem ações motoras, utilizam-se os suportes (verbal, gestual, parcial e físico) como uma maneira de fazer com que a criança cumpra a demanda solicitada pelo terapeuta (ROGERS; DAWSON, 2014).

No momento da estimulação, demanda dada é demanda cumprida! Para tanto se deve fazer uso dos suportes, iniciando pelo verbal e, se não executado pela criança, passa-se para o gestual, parcial e, em último caso, o físico (ROGERS; DAWSON, 2014).

Para melhor compreensão, apresenta-se uma explanação sobre como funciona cada tipo de suporte:

- **Suporte verbal:** o terapeuta oferta dois modelos e pede (verbalmente) para que a criança faça igual.
- **Suporte gestual:** o terapeuta aponta para o local e pede (verbal e gestualmente) para que a criança faça igual.
- **Suporte parcial:** o terapeuta dá um “toquinho”, ou encosta de leve na mão ou no braço da criança, para estimulá-la a cumprir a demanda.

- **Suporte físico:** o terapeuta pega a mão da criança e executa a demanda.

Já para as demandas de orientação social (olhar), deve-se estimular as crianças considerando os seguintes aspectos:

- **Acertar o posicionamento:** colocar-se de frente para criança. Por exemplo, se ela é orientada a olhar a imagem de um livro, ele deve ser colocado na frente da linha de olhar da criança. Inicia-se com o suporte verbal, dizendo, por exemplo: — “Olha, o gato!”.
- Se a criança não olhar, passa-se para o **suporte gestual**. Aponta-se para a página do livro, por exemplo, dizendo: — “Olha, o gato!”.
- Caso a criança esteja olhando para outro ponto ou objeto, deve-se pegar esse objeto (foco do olhar) e colocá-lo na frente de onde se quer que a criança olhe (no caso do exemplo, a página do livro).
- No caso de ela estar olhando para algo que não seja possível mover, bloqueia-se com a mão esse objeto (colocando a mão na frente do que ela está olhando), e coloca-se a página do livro no lugar do objeto que ela observava.

De acordo com Rogers e Dawson (2014), para as demandas de incitação da fala deve-se considerar o seguinte protocolo:

1. Mostra-se um objeto e pergunta-se: você quer?
2. Aguarda-se a fala ou incitação da criança (gesto, movimento da boca, qualquer indicação de que deseja falar).
3. Mediante qualquer tentativa de fala, entrega-se o objeto.

ROTINAS SOCIAIS SENSORIAIS

Na estimulação de Denver, além do uso das brincadeiras no chão com os objetos, utilizam-se também as rotinas sociais sensoriais, que se trata de jogos concebidos para serem divertidos e agradáveis para as crianças. Estes envolvem estimular experiências sensoriais e sociais com outras pessoas (ROGERS; DAWSON, 2014).

O objetivo das Rotinas Sociais Sensoriais dessa tarefa é encontrar o sorriso, ou seja, realizar uma atividade em que a criança se sinta feliz em estar com o outro. Esta pode ser:

cócegas, caretas, efeitos sonoros, levantar para o alto, jogar no pufe (ROGERS; DAWSON, 2014).

As Rotinas Sociais Sensoriais ensinam que os corpos e rostos falam, são fontes de comunicação, além de ajudar a regular emoções, energias e os níveis de excitação da criança, para que ela esteja alerta e atenta para poder aprender (ROGERS; DAWSON, 2014).

Assim como nas atividades de brincar com objetos, as rotinas sensoriais também exigem repetição, pois quanto mais um jogo social se transforma em rotina, mais a criança participa de forma plena e maior será o seu aprendizado.

EXTINÇÃO DE COMPORTAMENTOS INADEQUADOS: uma estratégia que favorece a inclusão social do autista

As pesquisas mostram que 90% das crianças autistas apresentam algum tipo de comportamento inadequado, como agressividade (com o outro, ou autoagressão), jogar objetos, cuspir no chão, fugas de interação, colocar objetos na boca, chorar, gritar (GAIATO, 2008). Tais comportamentos geram menos aprendizagem e qualidade de vida tanto para a criança quanto para o familiar. Por isso estes precisam ser eliminados, para que se possa criar possibilidades de melhor aprendizado e inclusão social dessa criança (TEIXEIRA, 2016).

Sempre que possível, deve-se evitar que esse comportamento ocorra, observando o que vem antes dele (na busca por compreender o que causou o acontecimento) e o que acontece imediatamente após (o reforço recebido) (MODEIRA; MEDEIROS, 2009).

De modo muito simplificado, pode-se dizer que, para um comportamento entrar em extinção, não se pode reforçá-lo, dar-lhe consequências. Não significa que se deva castigar a criança; basta não lhe dar retorno (MODEIRA; MEDEIROS, 2009).

Depois de instaurado, eliminar um comportamento inadequado envolve retirar a consequência reforçadora, o que não é tão simples, pois a criança insistirá muito. Isso ocorre porque o cérebro da criança não entende rapidamente que as coisas mudam, e leva um tempo para se adaptar (GAIATO, 2008).

Para extinguir comportamentos inadequados, o terapeuta precisa compreender a função desse comportamento para a criança. Na análise do comportamento, considera-se que algumas funções estão presentes na causa da maioria dos comportamentos inadequados, tais como: controle, fuga e evitamento, desejo por um objeto e desejo e atenção (GAIATO, 2008).

Na função de controle, a criança faz somente o que ela quer. Um comportamento muito comum nesse aspecto é monopolizar brincadeiras, ou ditar regras, como não abrir a janela, acender a luz, ou impedir que outra pessoa segure seus objetos pessoais.

Na fuga e evitamento, a criança demonstra que não quer entrar numa experiência de aprendizagem, por isso foge: anda de um lado para outro, vira-se de costas, esconde-se, tapa os ouvidos.

Na função do desejo de obtenção de um objeto, a criança demonstra querer algo e tenta pegá-lo de qualquer forma, escalando, puxando, arranhando ou mesmo olhando fixamente para esse objeto.

O desejo de atenção também é uma função de muitos comportamentos inadequados. Ocorre quando a criança busca chamar a atenção de alguém. Algumas ações podem nos ajudar a perceber isso. São elas: tentar ser vista, observar o local em busca de alguém que esteja a olhando.

Depois que o terapeuta identifica a função do comportamento, é hora de intervir, ou seja, retirar esse reforço (ou o que acontece de agradável depois que a criança se comporta de tal forma).

Durante o processo de extinção desse tipo de comportamento, a criança resiste e busca alternativas para mantê-lo. Isso gera um efeito chamado “pico de extinção”, no qual a criança vai intensificar o comportamento ao máximo, para ver se ele volta a funcionar. O importante, nesse caso, é não ceder. Somente quando a criança se acalmar (mesmo que isso dure horas) é que ela receberá algum reforçador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme discutido neste artigo, as crianças autistas têm potencial para aprender e ter uma melhor qualidade de vida. Para tanto se faz necessário que elas tenham, de forma mais cedo possível, acesso aos estímulos adequados.

A partir da suspeita de autismo (mesmo antes do diagnóstico), é importante que a criança inicie o tratamento fonoaudiológico, a terapia ocupacional e a terapia comportamental. Desse modo poderá receber estimulações que favoreçam sua aprendizagem e inclusão social numa fase de maior plasticidade cerebral.

A intervenção proposta pelo Modelo Denver (ESDM) se mostra como uma alternativa eficaz no estímulo do desenvolvimento das crianças autistas. Sua aplicação é naturalista e ocorre por meio do brincar no chão com objetos e por meio das brincadeiras sociais, partindo do pressuposto de que, por meio do brincar funcional, a criança aprende a observar o ambiente, a imitar e a buscar interação com o outro.

A presença de comportamentos inadequados pode ser considerada como um obstáculo para a aprendizagem, além de impactar a integração social, visto que muitos indivíduos sofrem exclusões e isolamento em ambientes sociais devido aos comportamentos disruptivos.

Torna-se relevante se apropriar de conhecimentos e técnicas com base no ABA para prevenir e extinguir comportamentos inadequados, visando uma melhor qualidade de vida e a inclusão social das crianças com TEA.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre, 2014.

GAIATO, Mayra. *S.O.S Autismo: Guia completo para entender o transtorno do Espectro Autista*. São Paulo: Nversos, 2018.

GAIATO, Mayra; TEIXEIRA, Gustavo. *O Reizinho Autista: Guia para lidar com comportamentos difíceis*. São Paulo: Nversos, 2018.

GUIMARÃES, Mariane Sarmiento da Silva; MARTINS, Tatiana Evandro Monteiro; KEUFFER, Sara Ingrid Cruz; COSTA, Malena Russelakis Carneiro; LOBATO, Juliana Lima; SOUZA, Carlos Barbosa Alves de; BARROS, Romariz da Silva. Treino de Cuidadores para manejo de Comportamentos Inadequados de Crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. v. XX, n.3, p. 40-53.

MODEIRA, M; MEDEIROS, S. *Princípios Básicos da Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROGERS, S.J.; DAWSON, G. *Intervenção Precoce em Crianças com Autismo: Modelo Denver para promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, 2014.

SILVA, A.; GAIATO M.; REVELES, L. *Mundo Singular*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

TEIXEIRA, G. *Manual do Autismo*. Rio de Janeiro: BestSeller, 2016.